



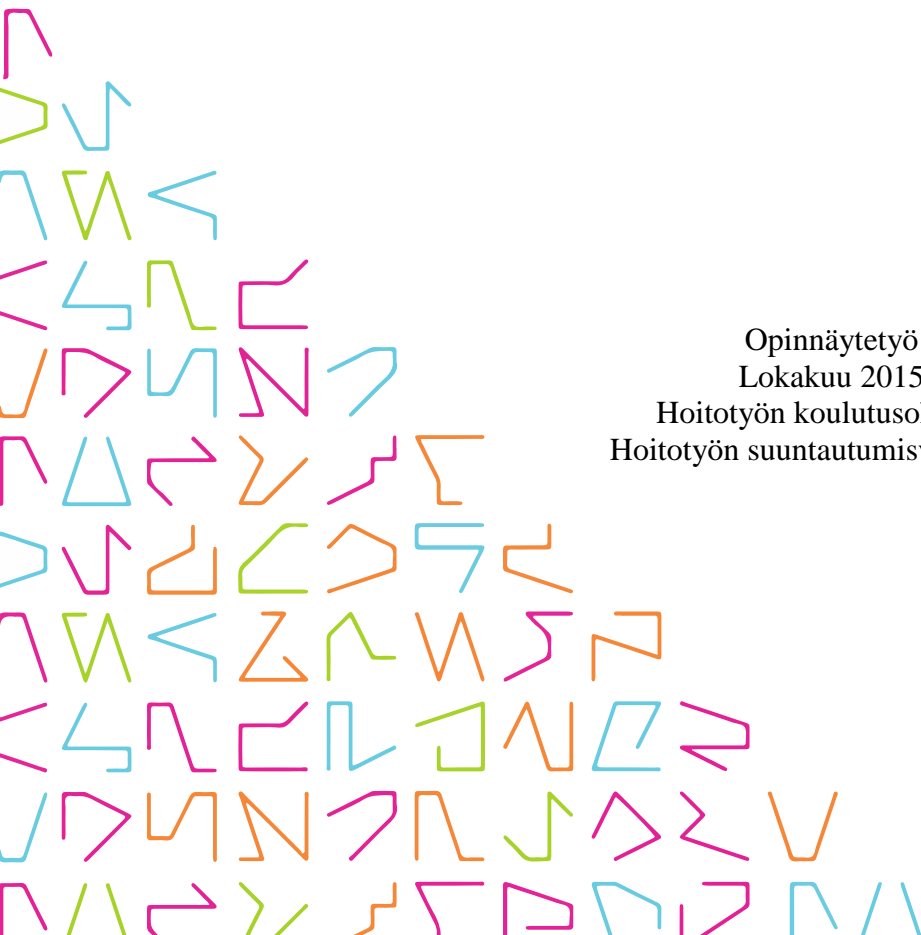
TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# **SYDÄMENSIIRTOPOTILAS JA ELÄMÄNLAATU**

Potilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeen

Jenika Lahti

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2015  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

JENIKA LAHTI:  
Sydämensiirtopotilas ja elämänlaatu  
Potilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeen

Opinnäytetyö 58 sivua, joista liitteitä 3 sivua  
Lokakuu 2015

---

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuoda esille sydämensiirtopotilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeisestä elämänlaadusta sekä kokemuksia ja toiveita leikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä. Opinnäytetyön tehtävinä on selvittää minkälaisia kokemuksia sydämensiirtopotilailla on leikkauksen jälkeisestä elämänlaadusta ja minkälaisia kokemuksia ja toiveita sydämensiirtopotilailla on leikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa sydämensiirtopotilaan kokemuksista ja toiveista leikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä sekä elämänlaadusta, jota voidaan käyttää hoitotyön ja ohjauksen kehittämiseksi. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys koostuu työn kannalta keskeisimpien käsitteiden ja niiden välisten suhteiden ympärille. Keskeisimpinä käsitteinä työssä on elämänlaatu, sydämensiirto, sydämensiirtopotilas ja hoitotyö. Opinnäytetyö on toteutettu kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä, jossa aineisto hankittiin teemahaastatteluiden avulla. Aineisto on analysoitu aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Haastateltavat kokivat elämänlaatunsa parantuneen sydämensiirron jälkeen. Merkittävimmät tulokset elämänlaadun paranemisessa saavutettiin fyysisen toimintakyvyn ja roolitoiminnan osa-alueilla. Myös tarmokkuuden koettiin parantuneen samassa suhteessa kuin fyysisten osa-alueiden. Ne haastateltavat, jotka olivat sairastaneet sydämen vajaatoimintaa lapsesta saakka eivätkä sen vuoksi olleet juuri kenneet liikkumaan, kokivat fyysisen toimintakyvyn alueella suurimpia parannuksia. Osa haastateltavista oli jaksanut liikkua jonkin verran ennen sydämensiirtoa. Nämä henkilöt kokivat fyysisen toimintakyvyn osa-alueella vähemmän muutoksia, kuin ne henkilöt jotka eivät olleet pystyneet liikkumaan ulkona juuri lainkaan ennen leikkausta. Haastateltavien kokemukset leikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä olivat hyvin erilaisia. Kokemukset olivat pääosin positiivisia, erityisesti hoitohenkilökuntaa kiiteltiin asiantuntevasta perehtymisestä potilaan asioihin ja kiireettömästä hoitotyöstä. Jokainen haastateltava toi esille negatiivisia kokemuksia tilanteista joissa he kokivat, etteivät he olleet tulleet kuulluiksi. Potilaat kokivat saaneensa huonoa hoitoa tilanteissa, joissa he joutuivat puolustamaan omia näkökantojaan ja tiedontarpeitaan.

Varsinaisesti suoria kehitysehdotuksia sydämensiirtopotilaan hoitotyöhön haastateltavat eivät tuoneet esille, vaan kehitysehdotukset nousivat esille haastatteluissa tahattomasti, kerrottaessa positiivisista ja negatiivisista kokemuksista. Tärkeimpänä toiveena hoitotyöhön jokainen haastateltava toi esille sen, että hoitohenkilökunta kuuntelisi ja uskoisi potilaita paremmin. Sydämensiirtopotilaiden hoitopolku on pitkä ja he joutuvat monia vuosia kuuntelemaan omaa kehoaan ja vointiaan. Hoitohenkilökunnan tulisi jatkossa luottaa enemmän potilaaseen oman vointinsa asiantuntijana.

---

Asiasanat: sydämensiirto, sydämensiirtopotilas, elämänlaatu, hoitotyö

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
Option of Nursing

JENIKA LAHTI:  
Heart Transplantation Patient and Quality of Life  
The Experience of Patients After Surgery

Bachelor's thesis 58 pages, appendices 3 pages  
October 2015

---

This thesis deals with heart transplant patients' experiences of the quality of life and the experiences and hopes of postoperative nursing. The aim of this study is to produce information on a heart transplant patient experiences and hopes of postoperative nursing care and quality of life, which can be used to develop a nursing and patient guide. The theoretical framework of the study is based on the main concepts of the thesis and relations between them. The empirical section of the thesis consists of a qualitative survey and was carried out utilizing thematic interviews. The material was analyzed by inductive content.

The interviewees felt that their quality of life improved a lot after heart transplantation. The most significant results were achieved in improving the quality of life of the physical capacity and the role of policy areas. Interviewees experiences of post-operative nursing were very different. The experiences were mainly positive, especially nurses were praised by of well-knowing and un-hurry nursing. Each interviewee highlighted the negative experiences in situations where felt that they had not been heard. Patients felt they had received poor treatment in situations where they had to defend their own point of views and need of information.

Direct development proposals for a heart transplant patient nursing care were not brought up, but development proposals were raised in while reporting of patients own positive and negative experiences. The main wish of nursing care each interviewee pointed out was that nurses would listen and believe patients better.

---

Key words: heart transplantation, heart transplantation patient, quality of life, nursing

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET .....	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	7
3.1	Elämänlaatu .....	8
3.2	Sydämensiirto .....	12
3.3	Rejektio.....	16
3.4	Sydämensiirtopotilaan hoitotyö ennen leikkausta .....	20
3.5	Sydämensiirtopotilaan hoitotyö teho-osastolla .....	21
3.6	Sydämensiirtopotilaan hoitotyö vuodeosastolla .....	27
3.7	Immunosuppressiivinen lääkehoito .....	30
3.8	Sydämensiirtopotilaan elämänlaatu leikkauksen jälkeen .....	33
4	METODISET LÄHTÖKOHDAT .....	36
4.1	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	36
4.2	Tiedonantajat ja aineiston keruu .....	37
4.3	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi .....	39
5	TULOKSET .....	41
5.1	Minkälaisia kokemuksia sydämensiirtopotilailla on leikkauksen jälkeisestä elämänlaadusta? .....	41
5.1.1	Koettu terveys .....	41
5.1.2	Fyysinen toimintakyky ja roolitoiminta.....	42
5.1.3	Sosiaalinen toimintakyky .....	43
5.1.4	Psyykkinen hyvinvointi ja roolitoiminta.....	43
5.1.5	Tarmokkuus .....	44
5.1.6	Kivuttomuus.....	44
5.2	Minkälaisia kokemuksia sydämensiirtopotilailla on leikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä? .....	45
5.3	Minkälaisia toiveita sydämensiirtopotilailla on leikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä? .....	46
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	47
6.1	Tulosten tarkastelu .....	47
6.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus .....	48
6.3	Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset.....	50
	LÄHTEET.....	51
	LIITTEET .....	56
	Liite 1. Saatekirje .....	56
	Liite 2. Tietoinen suostumuslomake .....	57
	Liite 3. Teemahaastattelurunko .....	58

## 1 JOHDANTO

Suomessa tehdään vuosittain 16–20 sydämensiirtoa, mutta tarvetta olisi noin 25–30 siirrolle (HUS 2012). Sydämensiirto tehtiin ensimmäisen kerran Suomessa vuonna 1985 (Huhtamies, M. & Relander, J. 1997). Sydämensiirtojen indikaatiot eli aiheet ovat tiukentuneet ja potilaat ovat entistä sairaampia, mutta siitä huolimatta sydämensiirtojen tulokset ovat Suomessa maailmanlaajuisesti korkeatasoisia; vuoden päästä siirrosta elossa on 99 %, viiden vuoden kuluttua 70 % ja kahdenkymmenen vuoden kuluttua 50 % sydämensiirtopotilaista (Sipponen, J & Nieminen, M.S. 2009). Sydämensiirto on henkeä uhkaavan sydämen vajaatoiminnan ainoa hoitomuoto ja henkeä pelastava toimenpide, jonka aiheellisuus perustuu potilaan fyysisen ja psyykkisen tilanteen kokonaisarvioon (Lemström, K., Hämmäinen, P., Halme, M., Lommi, J. & Sipponen, J. 2004).

WHO:n määritelmä elämänlaadusta on ”yksilön käsitys elämäntilanteestaan omassa arvomaailmassaan ja kulttuurisessa kontekstissaan sekä suhteessa omiin tavoitteisiin, odotuksiin ja huoliin” (Huusko T., Strandberg T. & Pitkälä K. 2006). Elämänlaadun kokemus on aina sidoksissa kyseisen henkilön ikään, sukupuoleen, sosiaaliseen taustaan, koulutustasoon ja ympäröivään kulttuuriin (Hämmäinen, P., Jokinen, J., Yesil, C., Hellstedt, M-L. & Harjula, A. 2009, 41).

Jatkuvasti kasvavasta tarpeesta huolimatta tietoa sydämensiirtopotilaiden elämänlaadusta leikkauksen jälkeen ei ole juuri tarjolla hoitohenkilökunnalle eikä potilaille. Sydämensiirtopotilasta hoitaessaan hoitajan tulee hallita tietoa sekä sydämensiirrosta, potilaan hoidosta ennen ja jälkeen leikkauksen, sekä potilaan myöhäisseurannasta. Elämänlaadun tutkimisen kautta saadaan hoitohenkilökunnalle lisää keinoja sydämensiirtopotilaan hoitotyöhön, ja näin paremmat mahdollisuudet ohjata potilasta.

Työn taustalla on opinnäytetyön tekijän oma kiinnostus. Kiinnostuin sydänpotilaiden hoidotyöstä ollessani käytännön harjoittelussa ja kiinnostus nousi pintaan uudelleen, kun oli aika miettiä opinnäytetyön aihetta. Löysimme ohjaavan opettajani kanssa minulle sopivan työelämäyhteiskumppanin, Sydän- ja keuhkosiirroksia SYKE RY:n, joka onnekseni oli heti kiinnostunut työni ideasta.

## **2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuoda esille sydämensiirtopotilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeisestä elämänlaadusta sekä kokemuksia ja toiveita leikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä.

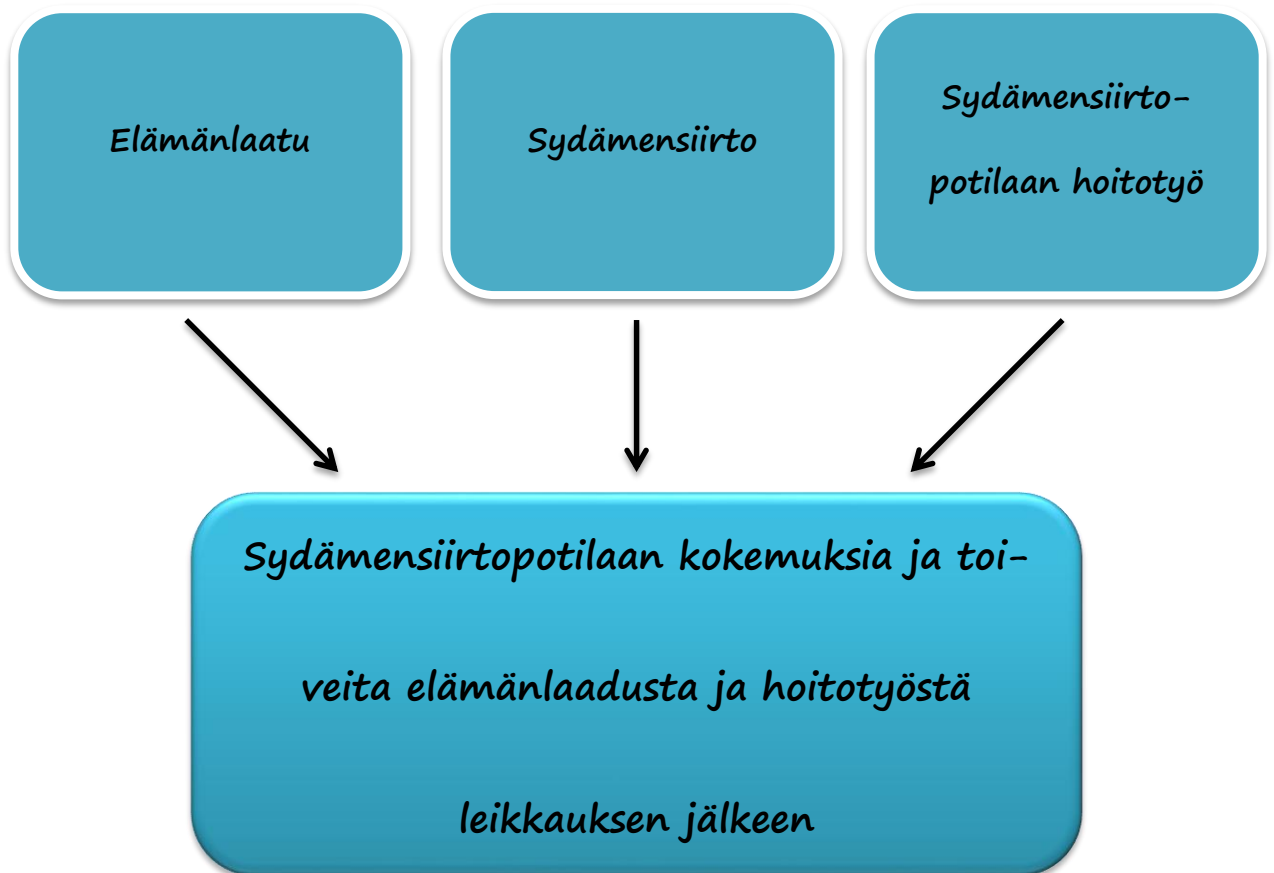
Opinnäytetyön tehtävät ovat:

1. Minkälaisia kokemuksia sydämensiirtopotilailla on leikkauksen jälkeisestä elämänlaadusta?
2. Minkälaisia kokemuksia ja toiveita sydämensiirtopotilailla on leikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä?

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa sydämensiirtopotilaan kokemuksista ja toiveista leikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä sekä elämänlaadusta, jota voidaan käyttää hoitotyön ja ohjauksen kehittämiseksi.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyöni keskeisiksi käsitteiksi nousivat elämänlaatu, sydämensiirto, sydämensiirtopotilas ja hoitotyö. Näistä termeistä koostuu opinnäytetyöni aihe, ja teoreettinen viitekehys, joka esitetään seuraavassa kuviossa (kuvio 1). Koska opinnäytetyöni on tarkoitus käsitellä aihetta potilaan näkökulmasta siten, että sairaanhoitajat pystyisivät kehittämään sydämensiirtopotilaiden hoitotyötä, olen pyrkinyt tarkastelemaan teoreettista viitekehystä ja käsitteitä sekä hoitajan, että potilaan näkökulmasta. Laadullisessa tutkimuksessa ei ole tarkoituksena määritellä käsitteitä alusta lähtien tiukasti, vaan ne voivat tarkentua työn edetessä (Hirsjärvi, S., Remes, S. & Sajavaara, P. 2009. 154). Niin kävi myös tämän opinnäytetyön kohdalla, keskeiset käsitteet ja teoreettisen viitekeh്യksen kuvio muuttui muotoaan ja tarkentui opinnäytetyön edetessä seminaarien yhteydessä. Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen, joten työn keskeisin teoreettinen osuus rakentui keskeisten käsitteiden ja niiden välisten suhteiden ympärille (Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009).



Kuvio 1. Teoreettinen viitekehys

### 3.1 Elämänlaatu

Elämänlaatu käsitteenä on hyvin moniulotteinen käsittäen yleensä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden. Joskus myös ympäristö luetaan yhdeksi elämälaadun ulottuvuudeksi, joka pitää sisällään turvallisen ympäristön, palvelujen saatavuuden, taloudelliset resurssit ja fyysisen ympäristön. Elämänlaadun kokemuksellinen luonne korostuu elämänlaadun osatekijöiden ja kokonaisvaltaisen elämänlaadun arvioinnissa. (THL 2013.)

WHO:n perustaman The World Health Organization Quality of Life-ryhmän mukaan elämänlaatu ei ole vain terveyttä, elämään tyytyväisyyttä tai psyykkistä tilaa. Elämänlaadussa yhdistyvät yksilön terveys, autonomia, psyykkinen tila, sosiaaliset suhteet ja uskomukset suhteessa ympäristöön. (Huusko ym. 2006.) Kunkin kokema elämänlaatu on aina sidoksissa kyseisen henkilön ikään, sukupuoleen, sosiaaliseen taustaan, koulutustasoon ja ympäröivään kulttuuriin (Hämmäinen ym. 2009, 41).

Elämänlaadun mittaaminen on noussut 2000-luvulla vahvasti perinteisten taloudellisten ja sosiaalisten lukujen rinnalle, kun arvioidaan yhteiskunnan hyvinvointitavoitteiden saavuttamista. Bruttokansantuotteen, elinajanodotteen ja tulotason lisäksi arvioidaan nykyään myös yhä enemmän asukkaiden elämänlaatua, kun tutkitaan sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuutta ja väestön hyvinvointia. (THL 2013.)

Elämänlaadun mittaaminen on kuitenkin kokonaisuudessaan vaikeaa. Elämänlaatua voidaan mitata yleisellä tasolla erilaisilla geneerisillä eli yleisluontoisilla mittareilla, jotka soveltuvat esimerkiksi väestön elämänlaadun seurantaan. (THL 2013.) Geneeristä mittaria käytettäessä haastateltava vastaa valmiiksi esitettyihin ja vastausvaihtoehtollisiin kysymyksiin esimerkiksi liikuntakyvystä, näästä ja kuulosta (Sintonen, H. 2013). Geneeristen mittareiden etuna on soveltuvuus elämänlaadun ja sen muutosten mittaamiseen riippumatta ihmisen taustalla olevasta sairaudesta tai vammasta. Näiden mittareiden avulla voidaan tehdä myös sairauksien välisiä vertailuja. (Roine, R. 2007.) Vaikeuksia geneeriseen mittaamiseen tuo kuitenkin valmiiden kysymysten käyttäminen. Monet ulkopuoliset tekijät jäävät huomioimatta, kun vastataan valmiisiin kysymyksiin. Tällöin mikään mittari ei pysty antamaan täydellistä kuvaa eikä tulkintaa moniulotteisesta elämänlaadun sisällöstä. (THL 2013.) Yleisesti terveydenhuollolla katsotaan olevan kaksi tehtävää: pitää ihmisiä hengissä, ja parantaa heidän elämänlaatuaan terveyteen liittyen. Nämä tehtävät



huomioon ottaen elämänlaatua tulisi mitata yhteismitallisesti, eli muutoksena sekä elämän pituudessa, että laadussa. Kun nämä muutokset yhdistetään, puhutaan laatupainoteuista elinvuosista. (Sintonen, H. 2013.)

Terveysteen liittyvän elämänlaadun mittaamisessa voidaan käyttää joko yleisiä, eli geneerisiä mittareita tai tautikohtaisia, eli sairausspesifisiä mittareita (Fayers, P.M. & Machin, D. 2000). Spesifillä mittarilla on mahdollista saada tietoa tiettyä sairautta sairastavien elämänlaadusta (Roebuck, A., Furze, G. & Thompson D.R. 2001) ja tarkastella juuri tietyn sairauden keskeisiä elämänlaadun ulottuvuuksia (Aalto, A-M., Aro, A.R. & Teperi, J. 1999). Spesifit elämänlaadun mittarit ovat oleellisia, kun halutaan helpottaa vammaan sopeutumista, edistää sosiaalista ja yhteisöön osallistumista, sekä parantaa hyvinvointia ja elämänlaatua (Hilari, K., Byng, S., Lamping, D.L. & Smith, S.C. 2003).

Elämänlaatua voidaan käsitellä myös eri ulottuvuuksien kautta. Tässä opinnäytetyössä on käytetty mukaillen apuna täytettävänä kyselylomakkeena toteutettavaa RAND-36-mittaria. RAND-36-mittari on suunniteltu käytettäväksi hoidon vaikuttavuuden arviointiin ja seurantaan hoitotyössä sekä kliinisessä tutkimuksessa. Alkuperäinen versio on englanninkielinen ja sen suomennoksen ylläpidosta vastaa TOIMIA/THL. (THL 2014a.) TOIMIA on toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto, joka muodostuu noin 40 eri organisaatiosta, muun muassa kuntoutus- ja tutkimuslaitoksista, yliopistoista ja ministeriöistä. TOIMIA-verkoston toimintaa koordinoi Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (TOIMIA 2014.) RAND-36-mittarin suomennos tehtiin vuosina 1994-1995 Stakesin ja Kansanterveyslaitoksen yhteistyönä. RAND-36-mittari on kehitetty alun perin välineeksi terveydenhuollon tulosarviointiin, ja siinä haluttiin korostaa potilaan näkökulmaa oman terveydentilansa arvioinnissa (THL 2014a.) Tässä opinnäytetyössä sydämensiirtoon liittyvä elämänlaatu määritellään samojen kahdeksan ulottuvuuden kautta kuin RAND-36-mittarissa: koettu terveys, fyysinen toimintakyky, fyysinen roolitoiminta, sosiaalinen toimintakyky, psyykkinen roolitoiminta, psyykkinen hyvinvointi, tarmokkuus ja kivuttomuus.

Koetun terveyden ulottuvuudella tarkoitetaan sitä käsitystä, joka ihmisellä on omasta sen hetkisestä yleisestä terveydentilanteestaan, oman terveyden kehittymisestä ja alttiudesta sairauksille (THL 2014a; Luoma, M-L., Korpilahti, U., Saarni, S., Aalto, A-M.,- Malmivaara, A., Koskinen, S., Sukula, S., Valkeinen, H. & Sainio, P. 2013). Koetun terveyden

avulla voidaan ennustaa kuolleisuutta, toimintakykyä ja terveyspalvelujen käyttöä väestön keskuudessa. Sosiaalinen asema on myös yhteydessä terveyden kokemukseen. Terveytensä keskimäärin paremmaksi kuin muut kokevat ylempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvat ihmiset. Vähemmällä koulutuksella olevat, työntekijänä toimivat ja pienituloiset kokevat terveytensä huonommaksi, kuin pitkän koulutustaustan omaavat, toimihenkilöt ja suurituloiset ihmiset. Sosioekonomisen aseman mukaiset erot ovat samansuuntaiset, riippumatta siitä tarkastellaanko koulutus-, ammatti- vai tuloryhmiä. Näistä vielä erikseen mainittakoon, että työllisyystilanteella on yhteys koettuun terveyteen; työsäkäävät ihmiset kokevat terveydentilansa paremmaksi kuin työelämästä poissaolevat. Koulutusryhmien koettua terveyttä käsiteltäessä on huomioitavaa se, että äidin koulutuksella on yhteys peruskouluikäisen lapsen koettuun terveyteen. On todettu, että jos äiti on koulutustaustaltaan pelkän peruskoulun suorittanut, tämän lapsi kokee terveytensä huonommaksi, kuin kouluttautuneemman äidin lapsi. Ammattikoulu- ja lukioikäisissä nuorissa taas on yhteys nuoren omaan koulutusvalintaan tulee esille; lukiolaisnuoret kokevat terveytensä paremmaksi, kuin ammattikoulussa opiskelevat. Kaiken kaikkiaan vuosina 2009 - 2010 koulutusluokasta riippumatta 26-64-vuotiaista suomalaisista oman terveytensä hyväksi tai melko hyväksi koki 60-73% (THL 2014a.)

Fyysisen roolitoiminnan avulla voidaan selvittää fyysisten terveysongelmien aiheuttamia rajoituksia tavanomaisissa rooleissa (THL 2014b). Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen elimistön kykyä selviytyä fyysisistä ponnisteluista ja niille asetetuista tavoitteista (Opetushallitus 2015). Fyysisen toimintakyvyn ulottuvuus käsittää ihmisen fyysisen kunnon ja kyvyn selviytyä päivittäisistä perustoiminnoista, kuten ruokailuista, peseytymisestä ja asioinnista kodin ulkopuolella. Näiden lisäksi fyysiseen toimintakykyyn sisältyy suoriutuminen mielekkästä vapaa-ajanvietosta ja sosiaalisesta yhteydenpidosta, sekä työelämästä ja opiskelusta. (Luoma ym. 2013; Teinilä, E. 2005 - 2007.) Ihmisen fyysinen toimintakyky alkaa keskimäärin heiketä noin 30 vuoden iässä. Toimintakyvyn lasku ei ole tasaista, vaan nopeampien muutoksien ja tasanteiden vaiheet vuorottelevat. Yksilölliset erot ovat suuria, sillä elintavat hidastavat tai nopeuttavat vanhenemiseen liittyviä muutoksia. (Lindholm, H. 2013.) Liikkuvuus, voima, nopeus, kestävyys ja taitavuus ovat niitä fyysisen toimintakyvyn osa-alueita, joita jokainen ihminen pystyy kehittämään (Opetushallitus 2015). Keskimääräisesti 60-vuotiaan ihmisen fyysinen toimintakyvyn useat osa-alueet ovat 20 % heikompia, kuin 20-vuotiaalla (Lindholm, H. 2013).

Kivuttomuus elämänlaadun ulottuvuutena kuvaa kivun voimakkuutta ja häiritsevyyttä (Luoma ym. 2013; THL 2014b). Kipu voi olla lyhytaikainen, eli akuutti, tai pitkäaikainen, eli krooninen. Akuutin ja kroonisen kivun mekanismit ovat erilaiset, joten myös niiden hoitokeinot ovat erilaiset. Akuutti kipu johtuu esimerkiksi haavasta, luunmurtumasta, leikkauksesta, tulehduksesta tai synnytyksestä, eli elimellisestä tekijästä. Kroonisen kivun taustalla taas voi olla esimerkiksi keskushermoston kivunsäätelymekanismien häiriö, jota erilaiset sosiaaliset, biologiset ja psykologiset tekijät voivat ylläpitää. Kipu luokitellaan yleensä krooniseksi siinä vaiheessa, kun kipu jatkuu kudoksen tavallisen paranemisen jälkeen. (Vainio, A. 2009.) Kivun voimakkuus ja häiritsevyys eivät aina kulje käsi kädessä. Kipu voi olla asteikolla yhdestä kymmeneen esimerkiksi kaksi, mutta kipu voi sijaita paikassa, jossa se häiritsee ihmistä huomattavasti.

Sosiaalisen toimintakyvyn ulottuvuus käsittää ihmisen kyvyn toimia ja olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten kanssa (THL 2014c), sekä kyvyn selviytyä arjesta ja erityisesti niistä tilanteista, joissa joutuu toimimaan yhteistyössä muiden ihmisten kanssa (Metsävainio, M. 2013). Sosiaalista toimintakykyä määrittävät suhteet omaisiin ja ystäviin, vastuu läheisistä, sosiaalisten suhteiden sujuvuus, osallistuminen sekä elämän mielekyys. Sosiaalisen toimintakyvyn alueelle kuuluvat myös yhdessä toisten kanssa toteutettava vapaa-ajanvietto ja harrastukset. Sosiaalisessa toimintakyvyssä on viime aikoina tapahtunut lähinnä myönteisiä muutoksia. Yhä harvempi kokee enää, ettei kukaan välitä tai ettei tarvittaessa saisi käytännön apua. Kuitenkin joitain kielteisiäkin muutoksia on tapahtunut; osallistuminen erilaisiin harrastustoimintoihin on lisääntynyt, mutta samalla ystävien ja tuttavien tapaaminen on vähentynyt. (THL 2015.)

Psyykkinen roolitoiminta kuvaa tunneperäisten ongelmien aiheuttamia rajoituksia tavanomaisissa rooleissa. Sen avulla voidaan kartoittaa tunne-elämän vaikutuksia työssä ja muissa päivittäisissä toiminnoissa suoriutumiseen. (THL 2014b.) Psyykkistä hyvinvointia voi jokainen hoitaa itse hyväksi havaitsemillaan keinoilla. Esimerkiksi riittävä uni, itsensä hyväksyminen, rentoutuminen, liikunta ja mielekäs työ edistävät psyykkistä hyvinvointia. Psyykkisen tasapainottomuuden oireita voivat olla esimerkiksi unettomuus, ärtyneisyys ja unohtelu. Täten on huomattu, että mielen hyvinvoinnin horjuminen voi vaikuttaa fyysiseen terveyteen ja toisin päin taas fyysinen heikko kunto voi horjuttaa psyykkistä hyvinvointia. (Suomen mielenterveysseura 2014.) Psyykkistä hyvinvointia voidaan kuvata esimerkiksi ahdistuneisuuden, masentuneisuuden ja positiivisen mielialan kautta. (Luoma ym. 2013.)

Tarmokkuuden ulottuvuus kuvaa vireystilaa ja energian tasoa; parhaimmillaan ihminen on energinen ja elinvoimainen, heikoimmillaan jatkuvasti väsynyt (Luoma ym. 2013). Tarmokkuus on kokemusta energisyydestä ja siitä, että jaksaa hyvin ja haluaa panostaa työhönsä tai muihin päivittäisiin tehtäviin. Tarmokkuus tarkoittaa myös sisua ja halua ponnistella myös vastoinkäymisiä kohdattaessa. (Työturvallisuuskeskus.)

### 3.2 Sydämensiirto

Sydämensiirto tehtiin ensimmäisen kerran maailmassa vuonna 1967 sepelvaltimotautia sairastaneelle 54-vuotiaalle miehelle (Lommi, J. & Kupari, M. 2009). Suomessa ensimmäisen sydämensiirron teki professori Severi Mattila HYKS Meilahden sairaalassa vuonna 1985 (Huhtamies, M. & Relander, J. 1997). Vuosien 1985–2014 aikana on Suomessa tehty 556 sydämensiirtoa (HUS. 2014), ja vuosittainen sydämensiirtojen tarve on tällä hetkellä maassamme noin 30 (Salmela, K., Höckerstedt, K., Salminen, U-S. & Hämmäinen, P. 2004. 1363–1364).

Sydämensiirto on vaikean, henkeä uhkaavan sydämen vajaatoiminnan ainoa pelastava hoitomuoto. Sydämensiirtoon päädytään, kun muut hoitovaihtoehdot käyvät riittämättömiksi (Hunt, S. A. 2006) ja potilaalla ei ole muita sellaisia sairauksia, jotka oleellisesti heikentäisivät elämän ennustetta tai mahdollisuuksia hyvään jälkihoitoon. Sydämensiirron aiheet eli indikaatiot ovat pysyneet lähes muuttumattomina sydämensiirtotoiminnan alkuaajoista lähtien (Lommi, J. & Kupari, M. 2009). Sydämensiirron nykyiset kansainvälisesti hyväksytyt aiheet, jotka ovat käytössä myös Suomessa, perustuvat ISHLT:n (International Society for Heart and Lung Transplantation) ohjeisiin (taulukko 1). Ehdottomia sydämensiirron aiheita ovat esimerkiksi huomattavasti heikentynyt maksimaalinen hapenottokyky tai vaikeatasoinen sydämen vajaatoiminta maksimaalisesta lääkehoidosta huolimatta. Suhteellisesti harkittavia sydämensiirron aiheita taas ovat esimerkiksi heikentynyt hapenottokyky josta on seurannut merkittävä toiminnallinen haitta. Joissakin tapauksissa sydämensiirtoa puoltavia oireita ovat alle 20 % pumppausvoima sydämessä tai kammioperäiset rytmihäiriöt. (Salmela ym. 2004. 1363-1364.)

<b>Ehdottomat</b>
NYHA III tai IV -tasoinen sydämen vajaatoiminta maksimaalisesta lääkehoidosta huolimatta
Suorituskykyä vahvasti rajoittava sydämen iskeeminen oireisto, joka ei sovellu angioradiologisesti tai kirurgisesti hoidettavaksi
Toistuvat kammioperäiset rytmihäiriöt huolimatta lääke-, tahdistin- tai kirurgisesta hoidosta
Maksimaalinen hapenottokyky < 10ml/kg/min

<b>Suhteelliset</b>
Nestetasapainon ja munuaisten toiminnan häiriöt huolimatta neste- ja suolarajoituksesta ja diureeteista
Toistuva epästabili angina pectoris –oireisto, joka ei sovellu angioradiologisesti tai kirurgisesti hoidettavaksi
Maksimaalinen hapenottokyky < 14ml/kg/min ja merkittävä toiminnallinen haitta

<b>Harmaa alue</b>
Vasemman kammion ejektiofraktio < 20%
<b>tai</b>
NYHA III tai IV –tasoinen oireisto
<b>tai</b>
kammioperäiset rytmihäiriöt
<b>tai</b>
maksimaalinen hapenottokyky >15-18 ml/kg/min <b>ainoana aiheena</b>

Taulukko 1. Sydämensiirron aiheet (mukaillen Lommi, J. & Kupari, M. 2009).

Suomessa yleisin indikaatio sydämensiirrolle on dilatoiva kardiomyopatia, eli laajentava sydänlihassairaus. Dilatoivassa kardiomyopatiassa sydän laajenee, joka voidaan havaita esimerkiksi keuhkoröntgenkuvassa suurentuneena sydänvarjona. Dilatoiva kardiomyopatia johtaa yleensä sydämen vajaatoimintaan ja siihen liittyviin oireisiin, eikä sitä voida parantaa. Sairauden eteneminen voidaan kuitenkin estää ja sen oireita huomattavasti lieventää optimoidulla lääkehoidolla. Jos lääkehoidosta huolimatta sairaus aiheuttaa vaikeita oireita ja etenee jatkuvasti, voidaan muutoin terveelle työikäiselle ihmiselle harkita sydämensiirtoa. (Kettunen, R. 2014.) Dilatoivan kardiomyopatian jälkeen yleisimpiä sydänsiirron aiheita Suomessa ovat iskeeminen kardiomyopatia, myokardiitti ja synnynnäinen syvänvika (taulukko 2) (Lommi, J. & Kupari, M. 2009).

<i>Siirron aihe, (n=72) (01/02 - 12/06)</i>	<i>% (n)</i>
<b>Dilatoiva kardiomyopatia</b>	<b>67 (48)</b>
<b>Iskeeminen kardiomyopatia</b>	<b>15 (11)</b>
<b>Myokardiitti</b>	<b>6 (4)</b>
<b>Syynnynäinen sydänvika</b>	<b>4 (3)</b>

Taulukko 2. Sydämensiirtopotilaiden jakauma Suomessa (mukaillen Lommi, J. & Kupari, M. 2009).

Sydämensiirtoa harkittaessa on myös vasta-aiheiden, eli kontraindikaatioiden, huomioiminen tärkeää. Tällaisia aiheita ovat esimerkiksi pulmonaalihypertensio eli kohonnut keuhkoverenpaine, pahanlaatuinen kasvain, vuotava vatsahaava ja huomattava ylipaino. Osa vasta-aiheista on esimerkiksi sairauksia tai sellaisia terveydentiloja, joiden seurauksena siirre ja potilaan henki ovat välittömässä vaarassa, esimerkiksi infektion vuoksi. Osa kontraindikaatioista taas on niin sanotusti harkinnanvaraisia, eli ne saattavat esimerkiksi lisätä jälkihoidon komplikaatioiden riskiä, mutta ovat yksinään esiintyessä hoidettavissa (taulukko 3). (Lommi, J. & Kupari, M. 2009; Lemström ym. 2004.)

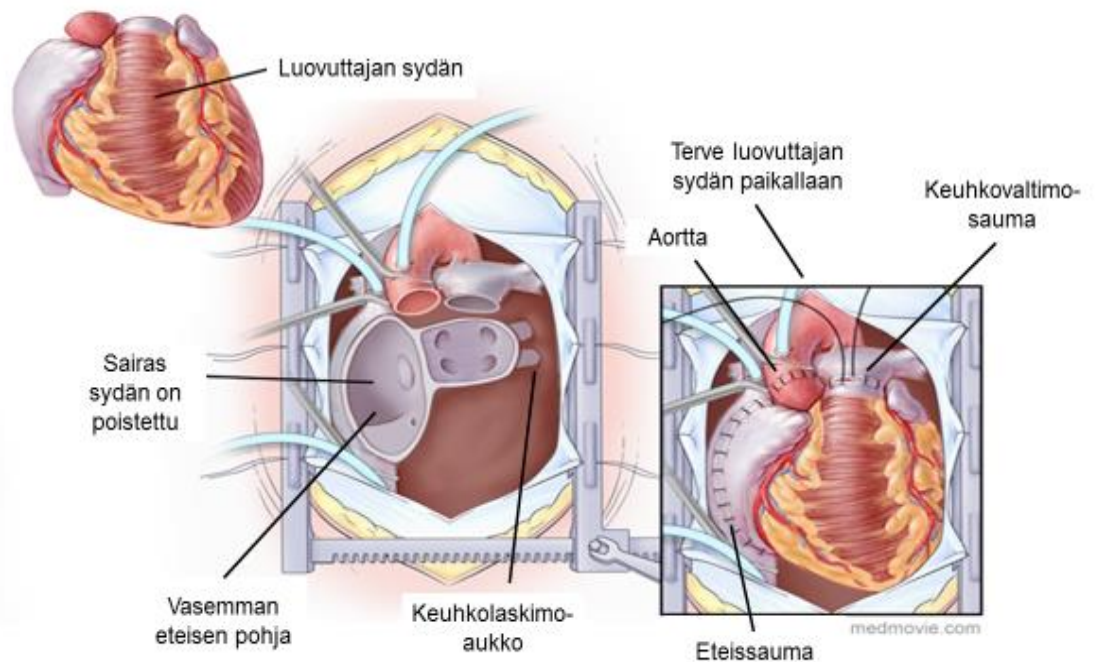
<b>Pulmonaalihypertensio</b>
<b>Hallitsematon akuutti tai krooninen infektio</b>
<b>Pahanlaatuinen kasvain</b>
<b>Systeemisairaus, kuten amyloidoosi</b>
<b>Vaikea aivovaltimosairaus tai yleistynyt valtimosairaus</b>
<b>Vaikea krooninen keuhkosairaus</b>
<b>Diabetes, johon liittyy vaikeita elinkomplikaatioita</b>
<b>Vaikea ja pysyvä munuaisten vajaatoiminta</b>
<b>Huomattava ylipaino</b>
<b>Alkoholi- tai huumeriippuvuus, lääkkeiden väärinkäyttö</b>
<b>Kyvyttömyys huolehtia itsestään, epävaka psykkinen sairaus</b>
<b>Tuore keuhkoinfarkti</b>
<b>Krooninen maksan toimintahäiriö</b>
<b>Vuotava vatsa- ja/tai duodenaaliulkus</b>
<b>Huomattava hyytymisjärjestelmän poikkeavuus</b>

Taulukko 3. Sydämensiirron vasta-aiheet (mukaillen Lommi ym. 2009; Lemström ym. 2004).

Suomessa elinluovutustoiminta perustuu lakiin 101/2001, jota muutettiin 1.8.2010. Muutoksen myötä siirryttiin niin kutsuttuun oletetun suostumuksen lakiin, jonka mukaan kaikki ihmiset ovat elinluovuttajia, jos heidän ei elossa ollessaan tiedetä vastustaneen elinluovutusta. Elinluovuttaja on aivokuollut potilas, jonka aivoverenkierto on lopullisesti lakannut toimimasta. Suomi oli ensimmäinen eurooppalainen valtio, joka vuonna 1971 hyväksyi aivokuoleman virallisesti päteväksi kuoleman käsitteeksi. Kun potilas todetaan aivokuolleeksi, on hän Suomen lain mukaisesti myös juridisesti kuollut. Tässä tapauksessa potilaan tehohoitoa ei jatketa muussa kuin elinluovutustarkoituksessa. (Antman, A-M. 2011.)

Suomen kaikki sydämensiirrot tehdään Helsingin Yliopistollisen Sairaalan Meilahden yksikössä. Sydämenirroituseleikkauksessa luovuttajan sydän pysäytetään ja suojataan kylmällä kardioplegialiuksella. Sydän saa olla irti verenkierrosta pari tuntia, hyvissä olosuhteissa viidestä kuuteen tuntiin (Hippeläinen, M. 2014), joten elinsiirroissa sydän on kaikkein kiireellislin elin. (Salmela ym. 2004, 1363-1364.) Sydämensiirtoleikkauksessa käytetään sydän-keuhkokonetta, jonka avulla voidaan korvata sydämen ja keuhkojen toi-

minta muutaman tunnin ajaksi (Hippeläinen, M. 2014). Tämän jälkeen vanha sydän poistetaan rintaontelosta. Vanhasta sydäimestä rintaonteloon jää jäljelle vasemman eteisen pohja sekä keuhkolaskimoaukko. Siirteen vasen eteinen ommellaan vastaanottajan eteispohjaan, jonka lisäksi ommellaan ylä- ja alaonttolaskimosaumot, sekä keuhkovaltimo-  
sauma ja aortta (kuva 1). (Salmela ym. 2004, 1363-1364.)



Kuva 1. Sydämensiirto (Mukaiillen medmovie.com).

### 3.3 Rejektio

Sydämensiirrossa vastaanottajan elimistö kokee siirretyn sydämen vieraaksi ja käynnistää sen vuoksi immuunijärjestelmän hylkimään vierasta elintä. Tästä syntyy hylkimisreaktio eli rejektio, jonka voimakkuutta voidaan vähentää lääkityksellä. Jos vastaanottajan elimistön annettaisiin reagoida siirrettyyn sydämeen vapaasti, siirretty sydän tulehtuisi ja sen solut tuhoutuisivat. Immuunivastetta heikentävän lääkityksen avulla siirretty sydän pysyy toimintakelpoisena ja pystyy toimimaan vastaanottajan elimistössä normaalisti. (Hellstedt, M-L, Yesil, C., Kukkonen, M. & Vuorio, M. (toim.) 2006. 6.)



Akuuttia hoitoa vaativa hyljintä eli rejektio on mahdollinen milloin tahansa sydänsiirron jälkeen, mutta suurimmillaan riski siihen on ensimmäisen puolen vuoden aikana. Hoitamattomana rejektio voi edetä hallitsemattomasti ja uhata akuutisti sekä siirteen toimintaa, että potilaan henkeä. Jos hyljintä on toistuvaa tai vaikeaa, voi se edesauttaa sydänsiirteen sepelvaltimotaudin syntyä ja pitkällä aikavälillä heikentää siirteen toimintakykyä. Syitä rejektiolle on monia. Myöhään eli yli vuoden kuluttua siirrosta ilmenevälle rejektiolle on syynä yleensä immunosuppression riittämättömyys. Immunosuppression riittämättömyyteen voi olla syynä lääkityksen keskeytyminen äkillisen sairastumisen vuoksi, lääkkeiden unohtaminen tai ravintoaineista johtuvat muutokset lääkityksen tehossa. Hyljintälääkityksen teho voi laskea myös jos lääkkeiden ottoaikoja muutetaan. (Lommi, J., Merenmies, J., Salmenkivi, K. & Kupari, M. 2009.)

Hyljinnän eli rejektion kliiniset oireet on kuvattu taulukossa 4. Oireet ovat usein epäspesifisiä; väsymystä, pahoinvointia ja ruokahaluttomuutta. Näiden lisäksi rejektion oireita voivat olla pleuraan eli keuhkopussiin kertynyt neste, keuhkoödeema eli keuhkopöhö, sekä 2-4 viikkoa siirron jälkeen esiintyvät supraventrikulaariset takykardiat eli kammioperäiset nopealyöntisyyskohtaukset. (Lemström ym. 2004.) Hyljinnän oireet muistuttavat jokseenkin myokardiitin eli sydänlihastulehduksen oireita, poislukien se, että rintakipua ei esiinny (Lommi ym. 2009), koska siirretty sydän ei tunne kipua. Siirretyn sydämen syke-taajuus on normaalisti tavallista nopeampi, frekvenssi noin 80-90 sydämenlyöntiä minuutissa. Rejektiossa sydämen syke nopeutuu entisestään. (Lommi ym. 2009.)

Väsymys
Rasitusväsyvyys
Pahoinvointi
Ruokahaluttomuus
Hengenahdistus
Pleuranesteily
Kehukoödeema
Nilkkaturvotukset
Painonnousu
Kohonnut kaulalaskimopaine
Tihentynyt leposyke
Hypotensio ja rytmihäiriöt
Lämpöily ja flunssan kaltaiset oireet
Yleistilan lasku
Systolisen verenpaineen nousu + päänsärky, pahoinvointi
Diastolinen verenpaine > 100mmHg
Supraventrikulaariset takykardiakohtaukset 2-4 viikkoa siirron jälkeen

Taulukko 4. Rejektion kliiniset oireet (mukaillen Lemström ym. 2004; Lommi ym. 2009; Hellstedt ym. 2006).

Rejektio todetaan lopulta monien tutkimusten pohjalta. Potilaalta otetaan veriviljelyt, sytomegaloviruksen merkkiaineet verestä, keuhkojen röntgenkuva ja sydänfilmi. Näiden lisäksi tehdään sydämen ultraäänitutkimus eli ECHO ja sydänlihاسبiopsia eli EMB. (Lemström ym. 2010; Lommi ym. 2009.) Mikäli kliinisten löydösten perusteella on syytä epäillä vakavaa hyljintäreaktiota tulee rejektion hoito aloittaa jo ennen kuin vastaus sydänlihاسبiopsiasta saadaan (Lommi ym. 2009).

Akuutti rejektio hoidetaan histologisen luokituksen (ISHLT) mukaan (Lemström ym. 2004). Rejektio voidaan jakaa pääpiirteittäin lievään, keskivaikeaan tai vaikeaan rejektioon (0-3R). Luokka 0R tarkoittaa sitä että hyljintää ei ole, luokka 1R lievää hyljintäreaktiota, luokka 2R keskivaikeaa hyljintäreaktiota ja luokka 3R vaikeaa hyljintäreaktiota. (Jokinen ym. 2008; Lommi ym. 2009.) Näiden lisäksi luokituksessa on myös vasta-ainevälitteisten hyljintöjen luokitukset; luokka AMR 0R tarkoittaa ei-vasta-ainevälitteistä hyljintää ja luokka AMR 1R vasta-ainevälitteistä hyljintää (Lommi ym. 2009). Histologisen luokituksen lisäksi potilaan hoitoon vaikuttavat immunosuppression taso, potilaan kliininen ja hemodynaaminen tila, munuaisten vajaatoiminta sekä aikaisemmat hyljinnät,

niiden kesto ja sydämensiirrosta kulunut aika (Jokinen ym. 2008; Lommi ym. 2009; Lemström ym. 2004).

Lievä soluvälitteinen hyljintäreaktio (ISHLT luokka 1R) on yleensä täysin oireeton ja se huomataan sattumalta sydänlihasbiopsiassa. Luokan 1R hyljintä paranee yleensä itseksseen eikä vaadi lääkettä, vain ainoastaan immunosuppression tehostamista. Jos lievä hyljintäreaktio kuitenkin toistuu jatkuvasti, tulee koko immunosuppressiohoito arvioida uudelleen. (Lommi ym. 2009. 30.)

Keskivaikea hyljintä (ISHLT luokka 2R) potilaalle annetaan lääkkeitä kortikosteroideja suun kautta. Annostus on *prednisolonia* 1mg / kg / vrk ja sitä vähennetään kahden vuorokauden välein 5mg. Jos sydänsiirrosta on kulunut alle puoli vuotta, annetaan *prednisolonin* lisäksi kolmena peräkkäisenä päivänä *metyyliprednisolonia* suonensisäisesti 0,5-1g. 7-14 vuorokauden kuluttua hoidon aloituksesta otetaan potilaalta kontrollibiopsia, josta varmistetaan hoidon tehoavuus. (Lommi ym. 2009. 30.)

Jos on syytä epäillä vaikeaa soluvälitteistä hyljintäreaktiota (ISHLT luokka 3R) voidaan potilaalle antaa *metyyliprednisolonia* suonensisäisesti 0,5-1g kolmen vuorokauden ajan jo ennen sydänlihasbiopsian tuloksia. Samanaikaisesti suonensisäisen hoidon kanssa aloitetaan *prednisoloni* suun kautta annoksella 1mg / kg / vrk (maksimiannos 70mg / vrk). *Prednisoloni*annosta vähennetään kahden vuorokauden välein 5mg. Kortikosteroidihoidon lisäksi potilaalle annetaan profylaktinen lääke sytomegalovirus- ja pneumocystis infektoita vastaan. Biopsia tuloksen perusteella hoitoa joudutaan mahdollisesti tehostamaan, jos biopsiassa varmistuu luokan 3R hyljintä ja echossa todetaan sydänsiirteeseen täytymishäiriö tai potilaan tila huononee edellä mainitusta lääkähoidosta huolimatta. Tällöin lääkehoitoon lisätään *antitimosyyttiglobuliini*. Hoitovaste arvioidaan 3-7 vuorokauden kuluttua uudella sydänlihasbiopsialla. (Lommi ym. 2009. 29-30.)

Vasta-ainevälitteinen rejektio (ISHLT luokka AMR 1) voi nopealla etenemisellään johtaa siirteeseen palautumattomaan toimintahäiriöön. Tätä reaktiota kutsutaan hyperaktiiviseksi rejektiksi. Nopein tapa poistaa vasta-aineita verestä on plasmafereesi eli plasmanvaihto. Tämän lisäksi vasta-ainevälitteisen rejektion hoidossa on käytetty myös vasta-aineita, kuten OKT-3:a, daklitumabia ja rituksimabia. (Lommi ym. 2009. 30.)

### 3.4 Sydämensiirtopotilaan hoitotyö ennen leikkausta

Lähetävässä sairaalassa sydämensiirtoa odottavalle potilaalle tehdään sydäntutkimukset, esimerkiksi EKG, ECHO, eli sydämen ultraäänitutkimus, ja oikean puolen katetrisaatio (Lemström ym. 2004). Katetrisaatio on tutkimus, jossa ohut katetri ujutetaan verisuoniteitse sydämen tutkittaviin lokeroihin. Sydänkatetrointi tehdään sydänvian vaikeusasteen selvittämiseksi. (Yli-Mäyry, S. 2014.) Lisäksi tehdään keuhkojen, munuaisten, GI-alueen ja hampaiden tutkimukset ja laboratoriotutkimukset. Näiden lisäksi tehdään luuston tiheysmittaus, spirometria ja mammografia yli 40-vuotiailla naisilla. Jokainen sydämensiirtopotilas käy siirtoarvioissa HYKS:n kardiologisessa yksikössä, jossa tehdään vielä yksityiskohtaisemmat tutkimukset. (Lemström ym. 2004.) Tämän jälkeen kardiologit ja sydänkirurgit tekevät yhdessä päätöksen potilaan sydämensiirtojonoon pääsystä (Harjula, A. 2009).

Jonotusaika on potilaan iästä ja koosta riippuva, mutta yleensä sopivan sydämen saaminen kestää noin 1-6 kuukautta (Harjula, A. 2009). Ikää ja koko merkittävämpi tekijä jonotusajassa on kuitenkin potilaan sydämensiirron kiireellisyyden aste. Jos potilaan terveydentila sen vaatii, asetetaan hänet siirtolistan kärkeen kiireellisenä elinsiirron odottajana. Tällaisessa tapauksessa tarvittava sydän voidaan laittaa myös niin sanottuun Pohjoismaiseen hakuun. Pohjoismainen haku tarkoittaa Scandiatransplantin koordinoimaa elinsiirtotoimintaa, jossa yhdistyvät Tanskan, Suomen, Islannin, Norjan ja Ruotsin elinsiirtosairaalat. Jokainen pohjoismainen elinsiirtoa odottava potilas on listattu kyseisen organisaation listoille. Täten Suomessa kiireellisesti sydämensiirtoa tarvitseva potilas voi saada pohjoismaisen haun avulla sydämen esimerkiksi Tanskasta tai Islannista. (Scandiatransplant. 2015.)

Siirtolistalla ollessaan potilas käy tiheästi kliinisissä kontroleissa, yleensä 2-4 viikon välein, jotta terveydentilassa mahdollisesti tapahtuvat muutokset huomataan mahdollisimman ajoissa. Kontrollikäynneillä tutkitaan hemodynaamiikkaa, eli verenkierron toimintaa, mahdollisia infektio-oireita, munuaisten ja maksan toimintaa, lihaskuntoa ja ravitsemusta. (Lemström ym. 2004.) Sydämensiirto voidaan tehdä ainoastaan muutoin terveelle ja hyväkuntoiselle ihmiselle. Jos elinsiirtojonossa oleva potilas sairastuu johonkin infektioon, laitetaan hänet elinsiirtolistalla passiiviseksi kunnes infektio on ohi. (Yesil, C. 2007.) Jos potilaan terveydentila sallii, voi hän odottaa sydämensiirtoaan kotoa käsin, jolloin hän raportoi viikoittain terveydentilanteestaan siirtokoordinaattorille (Lemström

ym. 2004). Joissakin tapauksissa potilaan yleiskunto on niin heikko, että potilas on sairaalahoitossa siirtoon asti. Jonossa ollessaan potilaan tulee olla jatkuvassa valmiudessa lähtemään siirtosairaalaan, huolimatta siitä milloin puhelu sopivasta sydäimestä tulee.

Sydämensiirtoa odottavat potilaat on hyvin esivalmisteltu leikkaukseen. Heille on kerrottu leikkauksen kulku, neuvottu oikea hengitystekniikka ja kerrottu verisuonitukosten ehkäisystä leikkauksen jälkeen. Lisäksi heitä on ohjattu varhaisesta mobilisaatiosta, etenkin ylävartalon liikkuvuudesta leikkauksen jälkeen sekä peruskunnon hyvästä huolehtimisesta, voinnin mukaan, jo ennen leikkausta. Hammasinfektioiden ja ikenien hoito tulee olla tehtynä ennen sydämensiirtoleikkausta. Lisäksi ihon kunnosta erityisesti rintakehän, käsien ja nivustaipeden alueella tulee huolehtia. (Järvelä, K. 2005.)

Sydämensiirtoleikkaukset ovat elektiivisiä, eli suunniteltuja leikkauksia. Koskaan ei kuitenkaan tiedetä etukäteen milloin leikkaus tehdään, joten potilas ei tule osastolle esimerkiksi edellisenä päivänä tai leikkausaamuna, niin kuin monissa muissa elektiivisissä leikkauksissa. Täten hänelle ei voida tehdä tarvittavia esivalmisteluita edellisenä iltana tai leikkausaamuna. Sydämensiirtopotilaat on kuitenkin valmisteltu leikkaukseen hyvin etukäteen, joten he tietävät, mitä sairaalassa leikkaukseen mennessä tapahtuu. Sydämensiirtoleikkaukseen kiireellä tulevalta potilaalta otetaan veri- ja virtsanäyte sekä paino ennen leikkausta. (USC. n.d.) Potilas käy suihkussa, napa puhdistetaan ja tarvittaessa ajetaan leikkausalueelta ihokarvat pois (Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012). Potilas vaihtaa päälleen leikkausvaatteet ja hänelle laitetaan ranteeseen tunnistusranneke. Tarvittaessa potilaan mahalaukku tyhjenetään nenä-mahaletkulla ja hänelle aloitetaan antibioottiprofylaksia lääkärin ohjeiden mukaisesti. Potilas saa suun kautta esilääkkeen, joka rauhoittaa ja väsyttää häntä. (USC. n.d; Ahonen ym. 2012.)

### **3.5 Sydämensiirtopotilaan hoitotyö teho-osastolla**

Postoperatiivinen hoitotyö alkaa siitä kun potilas siirretään leikkaussalista teho-osastolle (Ahonen ym. 2012. 104). Leikkauksen jälkeen sydämensiirtopotilas on teho-osastolla tehovalvonnassa, jossa hänen vitaalielintoimintojaan, eli hengitystä, tajuntaa, verenkiertoa ja munuaisten toimintaa valvotaan tarkasti (Lukkarinen, H., Virsiheimo, T., Hiivala, K., Savo, M. & Salomäki, T. 2012). Leikkauksen jälkeen kaikki potilaat joutuvat väistämättä

alttiiksi komplikaatioille (Lehtinen, A-M. 2011), ja sydämensiirtopotilaat ovat näille erityisen alttiita. Tämän vuoksi sydämensiirron saaneet potilaat saattavat olla teho-osastolla yksittäisissä, eristetyissä tiloissa (Lukkarinen ym. 2012). Komplikaatioiden varhaisen tunnistamisen ja potilasturvallisuuden kannalta tehohoidon tärkeimmät tarkkailun kohteet ovat juuri potilaan vitaalielintoiminnot. Näiden lisäksi oleellista on potilaan lämpötilan, pahoinvoinnin, kivun ja leikkaushaavan ja vuodon seuranta. (Lukkarinen ym. 2012; Aho-nen ym. 2012.)

Sydämensiirtopotilaan hoitotyössä teho-osastolla erityistarkkailussa ovat sydämen toiminta ja verenkierto (Karlola, A., Larmila, M., Lundgrèn-Laine, H., Pyykkö, A., Rantalainen, T. & Ritmala-Câstren M. (toim.) 2010. 95). Hoitotyön tavoitteena on optimaaliset verenkierto-olosuhteet ja hyvä happeutumisen (Järvelä, K. 2005). Sydämensiirtopotilaan verenkierron riittävyttä arvioidaan eri elinten, kuten sydämen ja systeemiverenkierron, keuhkojen, munuaisten, aivojen, maha-suolikanavan elinten ja periferian avulla (Karlola ym. (toim.) 2010. 95). Mahdollisesta verenkiertovajeesta saadaan ensimmäiset viitteet haastatteleamalla potilasta ja havainnoimalla tämän yleistilaa. Jos potilas ei ole tajuissaan, arvioidaan ensisijaisesti mahdollista hengenahdistusta, hengitystiheyden lisääntymistä, kipua, levottomuutta ja sekavuutta. Nämä ovat useimmiten ensimmäisiä potilaasta ulospäin näkyviä verenkiertovajeen oireita. Verenkierron riittävyden arvioinnissa tarkastetaan potilaan ihon lämpötila, väri ja hikisyys. Periferian lämpötila heijastaa hyvin verenkierron tilaa (Karlola ym. (toim.) 2010. 96), joten perifeerisen lämpötilan tavoitteena on vähintään 37 °C ja potilaan sisälämpötilan tavoitteena 36,5-37 °C (Järvelä, K. 2005). Mikäli lämpötila oikean ja vasemman raajan välillä eroaa, on perifeeristen pulssien tunnistelu erityisen tärkeää (Karlola ym. (toim.) 2010. 96).

Sydämensiirtopotilas on monitoriseurannassa, jonka avulla hänestä on nähtävillä jatkuvasti EKG. Verenkierron tilaa ja hoidon vaikuttavuutta mitataan invasiivisesti eli kajoavilla verenkierron mittauksilla. Mittaukset toteutetaan erilaisten kanyylien ja katetrien avulla, jotka on laitettu joko laskimoon tai valtimoon. Potilaan verenpainetta mitataan arteriakanyylin avulla, eli valtimoon asetetulla kanyylillä. Valtimokanyyliä käytettäessä potilasmonitorille piirtyy verenpaine-lukemat sekä numeraalisena näyttönä, että paine-käyränä. Paine-käyrästä pystyy lukemaan systolisen verenpaineen eli SAP:n lukeman, keskiverenpaineen eli MAP:n lukeman sekä diastolisen verenpaineen eli DAP:n lukeman. Valtimokanyylin kautta voidaan ottaa myös potilaasta kaikki verinäytteet. (Karlola ym. (toim.) 2010. 96-97, 99, 101.) Verenpaine-seurannan lisäksi syketaajuuden optimointi on

erityisen tärkeää, sillä liian nopealla sykkeellä sydämen diastolinen täyttyminen jää vaajaaksi. Syketaajuuden tavoite on 70-100 lyöntiä minuutissa. (Järvelä, K. 2005.)

Teho-osastolla sydämensiirtopotilas on aluksi hengityskoneessa. Potilaan vieroittaminen hengityskonehoidosta tapahtuu asteittain. Hengityskoneen osuutta potilaan hengityksessä vähennetään pikku hiljaa, kun samalla seurataan potilaan oman spontaanin hengityksen tasoa. Kun potilaan spontaani hengitys on riittävää, voidaan hänet extuboida eli irrottaa hengityskoneesta. Tämän jälkeen potilaalle voidaan antaa lääkärin määräysten mukaisesti lisähapetta non-invasiivisesti happimaskilla tai -viiksillä. (Karlola ym. (toim.) 2010. 77.)

Potilaan riittävää hapetusta arvioidaan hengitystaajuuden, -liikkeiden ja -äänien avulla. Myös ihon väri, lämpötila ja happisaturaatio kertovat hengityksen riittävyydestä. Verikaasuanalyysin eli arteria-astrupin avulla saadaan erityisen tarkkaa tietoa potilaan verenkierron happipitoisuudesta. Fysioterapeutti tapaa potilaan leikkauksen jälkeen jo teho-osasolla, jossa he harjoittelevat yhdessä potilaan kanssa pullopuhalluksia. Pullopuhallusten avulla tuetaan potilaan omaa hengitystä ja saadaan keuhkoissa oleva lima irtoamaan. Jos pullopuhallukset eivät riitä sitkeän liman irrottamiseen, käytetään siihen imua. (Karlola ym. (toim.) 2010. 9, 77.) Spontaanin hengityksen jatkuva monitorointi ja muutosten arviointi ovat tarpeellisia, jotta hengitystä uhkaavat tilanteet voidaan ennakoida. (Karlola ym. (toim.) 2010. 9-11.)

Teho-osastohoidon aluksi sydämensiirtopotilas pidetään sedaatiossa eli nukutettuna, josta potilasta herätellään pikkuhiljaa lääkärin määräysten mukaisesti. Syvästä anestesiasta herääminen voi olla potilaalle raju tilanne, jonka vuoksi potilaan rauhoittaminen ja esimerkiksi riittävä kipulääkitys tulee huomioida. Potilas voidaan extuboida vasta kun tajunnan taso on riittävä. Kun sydämensiirtopotilaan sedaation tasoa vähennetään vähitellen, seurataan tajunnan tasoa Glasgow'n kooma-asteikon perusteella, kolmen osa-alueen avulla: silmien aukaisu, puhevaste ja liikevaste. (Karlola ym. (toim.) 2010. 259, 261-262.)

Kipujen tarkkailussa tärkeintä on potilaan omat tuntemukset kivusta. Aina potilaalta ei kuitenkaan saada riittävää tietoa kivuista, jolloin korostuu kivun aiheuttamat muutokset potilaan elintoiminnoissa. (Karlola ym. (toim.) 2010. 409.) Sydämensiirtopotilaan uusi sydän ei tunne kipua, koska se ei ole hermoratayhteydessä potilaaseen. Tämän vuoksi potilaan lepopulssi on tavallista nopeampi ja rasituksessa pulssitaso nousee hitaammin.

(Hellstedt ym. (toim.) 2006. 4.) Täten sydämensiirtopotilaan kipua ei voida arvioida samalla tavalla pulssitason avulla kuin muilta potilailta. Riittävä kipulääkitys on tärkeää ja se toteutetaan yleensä erilaisilla kombinaatioilla. Tavallisimmin potilaan kivunlievitykseen käytetään tarpeen mukaan opioideja, kipulääkkeenä parasetamolia tai tramadolia ja puudutteita. (Kaarlola ym. (toim.) 2010. 412.) Kipua voidaan ja tulee hoitaa myös lääkkeettömästi, esimerkiksi asentohoidolla ja katetrien ja dreerien huolellinen kiinnittäminen (Ahonen ym. 2012. 113). Sydämensiirtopotilailla rintakehän avaamisesta johtuva kipu, joka voi tuntua kylkiluissa ja –rustoissa, rintalihaksissa ja käsivarressa, voi kestää pitkänkin aikaa leikkauksen jälkeen jonkin tasoisena (Järvelä, K. 2005).

Teho-osastolla sydämensiirtopotiilaalla on aina kestopkatetri ja potilaan munaisten toimintaa seurataan tarkasti. Ihmisen normaali virtsanerityksen määrä on 0,5 – 1ml/kg/h (Inkinen, H. & Louhela, S. 2010. 96), joten alle 30 ml/h tai 400 ml/vrk ovat merkkejä oliguriasta eli vähävirtaisuudesta. Anuriasta eli virtsattomuudesta taasen on kyse jos virtsaa erittyy alle 100 ml/vrk. (Kaarlola ym. (toim.) 2010. 227.) Sydämensiirtopotilaan virtsaneritys tavoite on 1-2ml / kg / h. Jos virtsaneritys ei ole riittävää, voidaan potilaalle antaa nesteenpoistolääkkeenä furosemidia jos potilaan keskiverenpaine, sydämen minuuttitilavuus ja täyttö ovat kunnossa. (Järvelä, K. 2005.) Munuaisten toiminnan riittämättömyydestä kertovat esimerkiksi turvotukset, pleuranesteily, hengenahdistus ja metabolinen asidoosi. Munuaisten vajaatoimintaa voidaan ehkäistä parhaiten hoitamalla munuaisten vajaatoimintaa aiheuttava perussairaus. Tämän lisäksi vajaatoimintaa voidaan ehkäistä muun muassa virtsakatetrin moitteettomalla toiminnalla, potilaan optimaalisella happeutumisella ja hemodynamiikalla sekä munuaisten verenkiertoa vähentävien lääkkeiden harkinnanvaraisella käyttämisellä. (Kaarlola ym. (toim.) 2010. 227.)

Sydämensiirtopotilaan nesteytyksestä huolehditaan i.v.-infuusioilla jonka lisäksi potilaalle annetaan suonensisäisesti tarvittavat lääkkeet ja elektrolyytit. Heti kun potilaan tila sallii, pyritään siirtymään enteraaliseen ravitsemukseen. Ravitsemus aloitetaan yleensä nestemäisellä ravinnolla, sillä pahoinvointi ja ruokahaluttomuus ovat yleisiä sydänleikkauksen jälkeen. Tämän jälkeen aloitellaan varovaisesti normaalia ravitsemusta. (Rekola, M-L & Ahola, A. 2010.)

Potilaan seuranta teho-osastolla ja potilaan siirto teho-osastolta vuodeosastolle ovat komplikaatioriskiltään korkeimmat vaiheet hoidossa (Kluger MT & Bullock MFM. 2002). Vuodeosastoilla ei ole samanlaisia valmiuksia seurata leikkauspotilaan toipumista,



jolloin mahdollisiin komplikaatioihin reagointi saattaa myöhästyä. (Hughes, E. 2004.) Kun potilas on kuntoutunut leikkauksesta riittävästi (taulukko 5) siirretään hänet lääkärin päätöksestä vuodeosastolle (Lukkarinen ym. 2012). Ennen siirtoa tulee esimerkiksi potilaan hemodynamiikan olla vakaa ilman vasoaktiivista lääkitystä, hengittämisen helppoa ja verikaasuanalyysin kunnossa. Näiden lisäksi keuhkoröntgenkuvan tulee olla hyväksyttävä, diureesin käynnissä ja kipujen hallinnassa. (Järvelä, K. 2005.)

<b>Verenkierto</b>
MAP 65-120
Syke 50-100
Potilaalla on sinusrytmi tai jokin tasapainossa oleva rytmihäiriö
Verikaasuanalyysi kunnossa
<b>Hengitys</b>
Hengitys on vaivatonta, SpO2 > 95% happilisällä ja hengitystiheys on yli 8 tai alle 20 kertaa/min
Ei hiilidioksidiretentiota
Thx-röntgenkuva hyväksyttävä
<b>Tajunnan taso</b>
Vastaa puhutteluun asiallisesti tai herää puhutteluun
<b>Liiketoiminnot</b>
Kehonhallinta vastaa leikkausta edeltävää tilaa tai potilas kykenee kannattamaan päätään
Puudutuksen jälkeen alaraajojen tunto ja liike ovat lähes palautuneet
<b>Kipu</b>
Korkeintaan lievää tai kipua on hoidettavissa suunnitellulla kipulääkityksellä
<b>Pahoinvointi</b>
Korkeintaan lievää pahoinvointia
<b>Lämpötila</b>
Ydinlämpötila 36-38 tai lievästi alilämpöinen (35-36) tai yllilämpöinen (38-39), mikä on huomioitu hoidossa
<b>Virtsaneritys</b>
Eritys yli 0,5-1 ml/kg/tunti
Neste- ja elektrolyyttitasapaino kunnossa
<b>Verenvuoto</b>
Leikkaushaava tai laskuputki ei vuoda tai vuoto on vähäistä
<b>Jatkohoito-ohjeet</b>
Ohjeet neste- ja lääkehoidosta on kirjattu, laskuputket on kirjattu, ohjeet asennosta ja liikkumisesta on kirjattu, omaisuus ja apuvälineet on huomioitu, potilaan hoito on kirjattu ja raportoitu

Taulukko 5. Potilaan siirtokriteerit teho-osastolta vuodeosastolle (mukaillen Lukkarinen ym. 2012; Järvelä, K. 2005).

### 3.6 Sydämensiirtopotilaan hoitotyö vuodeosastolla

Kotoa sydämensiirtoon tuleva potilas kuntoutuu yleensä teho-osastolla viikossa vuodeosastokuntoiseksi, ja vuodeosastolta kotikuntoiseksi 2-4 viikossa (Yesil, C. 2007). Vuodeosastolla potilaan laaja-alaista tarkkailua, hoitoa ja kuntoutusta jatketaan. Postoperatiivisessa tarkkailussa korostuu potilaan vitaalielintoimintojen huomiointi, mutta myös hänen mielialaansa ja orientoituneisuuttaan aikaan ja paikkaan tulee tarkkailla (Lukkarinen ym. 2012). Vuodeosastolla leikkaushaavaa hoidetaan ja paranemista seurataan, mahdollisia haavadreenejä tarkkaillaan, mobilisaatio aloitetaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja lääkityksiä lisätään ja niiden vaikuttavuutta seurataan.

Sydämensiirtopotilaan siirtyessä teho-osastolta vuodeosastolle tarvitsee potilas tehostettua tarkkailua nestetasapainon, verenokerin, verenpaineen, pulssin ja happisaturaation suhteen. Lisäksi tärkeitä tarkkailun kohteita ovat kivun hoito, haavojen seuranta ja potilaan psyykkinen tila. Nestetasapainon suhteen potilaalle on määriteltä totaalinestemäärä ja diureesirajat. Heti vuodeosastolle tultaessa potilas kytketään seurantamonitoriin, hänelle laitetaan happiviikset ja mitataan verenpaine. (Rekola, M-L & Ahola, A. 2010.)

Sydämensiirtopotilaan leikkaushaavaa tulee käsitellä erityisen aseptisillä työperiaatteilla. Haavasidoksina tulisi suosia läpinäkyviä kalvolla kiinnitettäviä haavatyynyjä, jotta haavan paranemista on helppo seurata. Ilmahoidolle haava voidaan jättää siinä vaiheessa, kun haava ei enää eritä. Yksi yleisimmistä ongelmista sydänleikkauksen jälkeen on leikkaushaavan tulehdus. (Ahonen ym. 2012.) Kaikkeen kirurgiseen toimintaan liittyy aina tulehdusriski, koska lähes väistämättä toimenpiteissä kajotaan ihoon tai limakalvoon, jotka estävät bakteerien pääsyn elimistöön. Haavatulehduksen oireita ovat kipu, punoitus, turvotus, kuume ja haavan erittäminen (Saarelma, O. 2015; Ahonen ym. 2012). Jos ompeleita ympäröivä iho punoittaa tai haavasta erittyy kirkasta tai veristä kudostenestettä, ei se vielä merkitse tulehdusta. Haavan tulehdusoireet vaativat aina lääkärin konsultaatiota, jonka jälkeen haavanhoitoa toteutetaan lääkärin ohjeiden mukaisesti. Hoitotoimenpiteet vaihtelevat antibiootihoidosta ja kylvettelystä aina haavan avaamiseen, joissakin tapauksissa voidaan joutua laaja-alaaiseen märkäeritteen tyhjennykseen. (Saarelma, O. 2015.)

Mobilisaation, eli liikehoidon aloittaminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa on tärkeää, sillä se ei ainoastaan nopeuta potilaan toipumista leikkauksesta, vaan helpottaa

myös paluuta työelämään, ja ennaltaehkäisee ja lievittää hylkimisenestolääkityksen sivuvaikutuksia (Vuorio, M. 2012). Kuntoutus aloitetaan jo teho-osastolla, jolloin sen tarkoituksena on tehostaa hengitystä, verenkiertoa ja aineenvaihduntaa sekä parantaa ja ylläpitää fyysistä toimintakykyä (Hellstedt ym. 2006. 22). Liikunta vaikuttaa hylkimisenestolääkityksen sivuvaikutuksiin helpottamalla mahdollista neuropatiaa ja myopatiaa, hidastamalla osteoporoosin kehittymistä ja parantamalla sokeri- ja rasva-aineenvaihduntaa. Lisäksi liikunta auttaa painon hallinnassa ja infektioiden sekä ateroskleroosin ehkäisyssä. (Vuorio, M. 2012.)

Liikunnalla on monia positiivisia vaikutuksia elimistön toimintaa, ja elinsiirron jälkeen on mahdollista harrastaa liikuntaa täysin normaalisti. Liikunta muun muassa parantaa hermojen ja lihasten yhteistyötä ja hengitys- ja verenkiertoelimistön toimintaa. Liikkuessa tulee kuitenkin ottaa huomioon se, että sydämensiirtopotilaan elimistöllä ja siirretyllä sydämellä ei ole hermoratayhteyttä, jonka vuoksi pulssitaso on levossa tavallista korkeampi. Rasituksessa pulssitaso ei nouse heti alkuvaiheessa, vaan siihen tarvitaan asteittain vähintään kymmenen minuutin ajan lisääntyvä rasitus. Vastaavasti pulssitaso myös laskee hitaasti liikunnan jälkeen, joten potilaan tulee muistaa huolellinen jäähdyttely suorituksen jälkeen. Pidemmällä aikavälillä sydämensiirtopotilaan sydän alkaa käyttäytyä liikunnan yhteydessä lähes normaalisti, mutta silti on muistettava kunnollinen lämmittely, asteittain nouseva rasitus ja huolellinen jäähdyttely. (Hellstedt ym. 2006. 23.)

Vaikka sydämensiirtopotilas saakin harrastaa liikuntaa lähes vapaasti leikkauksen jälkeen, on siinä joitakin rajoitteita. Sydämensiirtoleikkauksessa potilaan rintalasta halkaistaan ja leikkauksen jälkeen rintalastan uudelleen luutuminen saattaa kestää 6-8 viikkoa. Luutumisprosessin aikana potilasta tulee ohjata nousemaan makuulta ylös ja menemään makuulle kyljen kautta. Rintalasta ommellaan kiinni metallilangoilla, jotka kuntoutumisen edetessä kestävät päivittäiset toiminnot, kuten tiskaamisen ja ruoan laiton. Voimakkaita kiertoliikkeitä sekä äkkiriuhausja tulee kuitenkin edelleen välttää. Ensimmäisen kuukauden aikana sopiva nostettava määrä on 5kg ja toisen kuukauden aikana 10kg. (Salonen ym. n.d.) Rintalastan luutumisesta johtuvien rajoitteiden lisäksi sydämensiirtopotilaan ei suositella harrastavan kontaktilajeja, kuten judoa tai nyrkkeilyä. Muutoin sydämensiirto ei estä entisten harrastusten jatkamista. (Hellstedt ym. 2006. 30.)

Sydänleikkaus ei ole pelkästään kehoa fyysisesti rasittava toimenpide, vaan se vaikuttaa potilaaseen myös henkisesti (Hellstedt ym. 2006. 30). Leikkaus ja mahdollisesti pitkän

odotusajan aiheuttamat paineet ovat sydämensiirtopotilaalle suuri henkinen rasitus. Leikkauksen jälkeen sairaanhoitajan tulee huomioida aktiivisesti potilaan mahdollisia eritasoisia masennusoireita. Mielialan vaihtelut, unettomuus, väsyneisyys ja ärtyneisyys kuuluvat toipumisvaiheeseen. (Järvelä, K. 2005.) Mielialan muutokset ovat yleisiä toipumisvaiheessa ja totuttelu normaaliin elämänrytmiin vaatii aikaa, alkuajan alavireisyys katoaa yleensä yleiskunnon kohotessa (Hellstedt ym. 2006. 30; Järvelä, K. 2005). Kärsivällisyyttä tarvitaan sekä sydämensiirtopotilaalta, että hänen läheisiltään. Vaikka leikkauksesta toipuisi fyysisesti nopeasti ja komplikaatioita, voi potilas kokea olonsa useiden viikkojen ajan tavallista väsyneemmäksi ja tarvita aikaisempaa enemmän unta. Perheen ja ystävien tuki, avoin keskustelu ja leikkaukseen ja jatkohoitoon liittyvä tieto auttavat vähentämään potilaan ennakkoluuloja ja pelkoja. (Hellstedt ym. 2006. 30.) Sairaanhoitajan ohjaa potilaita sydämensiirtopotilaiden potilasyhdistyksiin, joissa on mahdollista esimerkiksi jakaa kokemuksia, keskustella arjen selviytymisestä ja osallistua virkistystoimintaan (Järvelä, K. 2005). Sairaanhoitajan tulee myös neuvoa potilaita hakeutumaan vaikeissa elämäntilanteissa lääkärin, hoitajan, sosiaalityöntekijän tai psykologin vastaanotolle (Hellstedt ym. 2006. 30).

Sukupuolisen kanssakäymisen sydämensiirtopotilas voi aloittaa voinnin mukaan. Huomioitavaa on se, että hylkimisenestolääkitys saattaa aiheuttaa sukupuolista kyvyttömyyttä muuttuneen hormonitoiminnan vuoksi. (Hellstedt ym. 2006. 30.) Mahdollinen haluttomuus on yleensä ohimenevää ja fyysisen kunnon kohentuessa normalisoituu (Järvelä, K. 2005). Jos nämä oireet kuitenkin pitkittyvät, on lääkityksen uudelleen suunnittelu tai erityinen lääkehoito mahdollisesti tarpeen. Raskautta harkittaessa tulisi asiasta keskustella ensin hoitavan lääkärin kanssa. (Hellstedt ym. 2006. 30.)

Työelämään palaaminen on mahdollista aikaisintaan kolme kuukauden kuluttua leikkauksesta, huomioon ottaen kuitenkin jokaisen potilaan yksilöllisen toipumisvauhdin. Työn luonne ja jäljellä oleva työkyky vaikuttavat työhön paluuseen niin, että joskus työelämään palatakseen potilaan täytyy uudelleen kouluttautua tai kuntoutua. Näissäkin tilanteissa asiasta tulisi keskustella ensin hoitavan lääkärin ja sosiaalityöntekijän kanssa. (Hellstedt ym. 2006. 30.)

Sydämensiirtopotilasta hoitaessaan hoitajan tulee hallita tietoa itse sydämensiirrosta, potilaan hoidosta ennen ja jälkeen leikkauksen, sekä potilaan myöhäisseurannasta. Ennen

sydämensiirtopotilaan kotiutumista tulee sairaanhoitajan ohjata potilasta tarkasti jatkohoidosta sekä vastata potilaan moniin kysymyksiin. Erityiskysymyksiä sydämensiirtopotilaan hoidossa ovat seksuaalisuus, raskaus, työhön palaaminen ja urheilu. Näihin kaikkiin asioihin vaikuttavat joko tai sekä itse sydänsairaus, että lääkitys. (Hämmäinen ym. 2009, 44.) Potilaan siirtyessä jatkohoitoon tai suoraan kotiin vuodeosastolta, tulee sairaanhoitajan huolehtia että potilaalla on jatkohoitoasiat selvillä. Katsotaan, että mahdolliset jälkikontrollikäynnit, laboratoriokontrollit ja reseptit ovat kunnossa. Potilaalle tulee myös antaa tarvittavat puhelinnumerot, joihin hän voi ottaa yhteyttä jos jatkohoidossa tulee ongelmia tai kysyttävää. (Rekola, M-L & Ahola, A. 2010.)

### 3.7 Immunosuppressiivinen lääkehoito

Sydämensiirron jälkeinen immunosuppressiivinen lääkitys eli hylkimisenestolääkitys on elinikäinen. Immunosuppressiivisten lääkkeiden on tarkoitus estää vastaanottajan elimistön soluvälitteinen alloimmuunivaste siirrettyä sydäntä kohtaan (Koskinen P, Nykänen A, Tikkanen J, Sihvola R, Krebs R, Lemström K. 2004). Hylkimisenestolääkitys aloitetaan jo leikkauspäivänä ja sen tehoa ja vaikutuksia teho-osastohoidossa tarkkaillaan. Immunosuppressiiviseen lääkitykseen kuuluu *siklosporiini*, *takrolimuusi*, *kortikosteroidit* (*metyyliprednisoloni* ja *prednisoloni*), *mykofenolaattimofetiili*, *atsatiopriini*, *antitymossyyttiglobuliini* (*ATG*) ja *monoklonaalinen CD3 vasta-aine* (*OKT-3*). Elinsiirtopotilaiden kohdalla immunosuppressiohoito voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen; induktiohoitoon, eli aloitusvaiheeseen, ylläpitohoitoon ja akuutin rejektion eli hyljinnän hoitoon. (Lemström ym. 2004.)

Sydämensiirtopotilaiden aloitusvaiheen lääkehoitoon kuuluvat *ATG*, *mykofenolaattimofetiili* ja *metyyliprednisoloni*. *ATG* on kanissa tuotettu anti-humaani T-solu-vasta-aine, joka tunnistaa akuutin rejektion. Se eliminoi verenkierrosta tunnistetut T-solut sekä komplementtivälitteisellä solutapolla että monosyyttivälitteisellä opsonisaatiolla. Maksimiannostus aikuispotilaalla on 100mg / vrk ja sitä annostellaan yleensä kolme annosta 24 tunnin välein; leikkauksen induktiossa, 0. postoperatiivisena päivänä ja 1. postoperatiivisena päivänä. Tuntia ennen *ATG*:n annostelua tulee sairaanhoitajan antaa potilaalle laskimoon Solu-Medrolia 125mg. *ATG* annostellaan laskimonsisäisesti ja se suositellaan infusoitavaksi keskuslaskimokatetriin 8-12 tunnin kuluessa. Sivuvaikutuksina *ATG*:stä voi

tulla sytokiinioireyhtymä, kuume, seerumitauti, anafylaksia, trombositopenia ja neutropenia. Vasta-aiheita *ATG*:n annostelulle ovat akuutit infektiot ja allergia kanin proteiineille. (Lemström ym. 2004. 54-57.)

*Mykofenolaattimofetiili* eli *MMF* edistää immunosuppressiota estämällä T- ja B-lymfosyyttien lisääntymistä. *MMF*:tä voidaan käyttää myös *atsatiopriinin* tilalla yhdessä *siklosporiinin* ja *kortisonin* kanssa. Annostus on 20mg / kg / vrk jaettuna kahteen yhtä suureen annokseen ja se suositellaan annosteltavaksi keskuslaskimokatetriin tai perifeeriseen kanyyliin hitaana 2-tunnin infuusiona. Sivuvaikutuksina *MMF*:stä voi tulla leukopeniaa, trombositopeniaa, anemiaa, pahoinvointia, ripulia ja esofagiittia. Erityisesti sytomegalovirusinfektioiden on todettu lisääntyneen *MMF* hoidon aikana. Antasidoja ei tulisi ottaa 1-2 tuntia ennen ja jälkeen *MMF*:iä, ja se voi nostaa asykloviirin ja gansikloviirin pitoisuuksia. *MMF* on kauppanimeltään Cellcept®. (Lemström ym. 2004. 52-53.)

*Metyyliprednisoloni* on kortikosteroidi, joka vähentää lymfokiinien tuotantoa ja vaikuttaa immunivastetta heikentävästi ja anti-inflammatorisesti. *Metyyliprednisoloni* annostellaan joko Solu-Medrol® injektiokuiva-aineena tai Medrol® tai Solomet® tabletteina. I.v.-metyyliprednisolonია käytetään preoperatiivisessa induktiossa ja akuutin rejektion hoidossa. Perioperatiivisesti annostus on 250mg laskimonsisäisesti ennen *ATG*:n annostelua anestesia-induktiossa, 500mg laskimonsisäisesti perfuusiassa ennen aortan avausta ja 250mg laskimonsisäisesti leikkauksen loppuvaiheessa. Sivuvaikutuksien *metyyliprednisolonista* voi aiheutua esimerkiksi hyperglykemiaa, psykoosi, osteoporoosi, harmaakaihi ja hypertensio. *Metyyliprednisolonilla* on yhteisvaikutuksia sienilääkkeiden kanssa. Sydämensiirtopotilaat pyritään vieroittamaan kortikosteroideista 6-12 kuukauden kuluttua siirosta, mikäli hänen munuaisfunktionsa on riittävä, *siklosporiinipitoisuudet* ovat tavoitealueella, potilaalla ei ole ollut rejektioepisodeja ja ristokoe on negatiivinen. (Lemström ym. 2004. 49-51.)

Ylläpitohoitoon *siklosporiini* tai *takrolimuusi*, *mykofenolaattimofetiili* tai *atsatiopriini* ja *prednisoloni* (Jokinen ym. 2008). *Siklosporiini* eli Sandimmun® salpaa T-solujen aktivaation solusyklin alkuvaiheessa estämällä lymfokiinien vapautumista. *Siklosporiinia* voidaan annostella laskimonsisäisesti 2-3mg / kg / vrk jaettuna kahteen yhtä suureen annokseen tai suun kautta 4-6mg / kg / vrk jaettuna kahteen yhtä suureen annokseen. Suonensisäisesti annosteltaessa suositeltava infuusion kesto on 4 tuntia. Sivuvaikutuksina *siklosporiinista* voi aiheutua esimerkiksi hypertensiota, vapinaa, päänsärkyä, kouristuksia

ja lymfooma. *Siklosporiinilla* on yhteisvaikutuksia monien lääkkeiden kanssa, josta voi aiheutua *siklosporiinipitoisuuden* laskua tai nousua. Jotkin lääkeaineet voivat myöskin lisätä *siklosporiinin* munuaistoksisuutta. (Lemström ym. 2004. 45-47.)

*Takrolimuusi* eli Prograf® sitoutuu kalsineuriiniin ja estää siitä riippuvan T-soluhälytyksen ja sitä kautta lymfokiinigeenien transkription ja lymfokiinituotannon. *Takrolimuusilla* ja *siklosporiinilla* on samanlaiset vaikutusmekanismit ja sivuvaikutukset. Suonensisäisesti annettuna annostus on 0,05mg / kg / vrk 24 tunnin infuusiona, suun kautta annosteltuna 0,10mg / kg / vrk jaettuna kahteen yhtä suureen annokseen. Yhteisvaikutukset muiden lääkkeiden kanssa ovat samankaltaisia kuin *siklosporiinilla*. (Lemström ym. 2004. 47-48.)

*Atsatiopriini*, eli Imurel®, Imuprin® tai Azamun®, on antimetabolia-aine, joka estää soluproliferaatiota ja vähentää siten ei-spesifistä immunitettia. *Atsatiopriini* annostellaan laskimonsisäisesti induktiossa 150mg, 0. postoperatiivisena päivänä 75mg kahdesti ja ylläpitoannoksena 2mg / kg / vrk suonensisäisesti tai suun kautta jaettuna kahteen yhtä suureen annokseen. Suonensisäisesti annosteltuna suositeltu infuusion kesto on yksi tunti ja infusoidessa *atsatiopriiniä* on infusiooletkut suojattava valolta. Sivuvaikutuksina voi aiheutua leukopeniaa, trombosytopeniaa, pankreatiitti, sappistaasi ja laskimotukoksia maksassa. Yhteisvaikutuksia *atsatiopriinilla* on *allopurinolin* kanssa, eikä sitä suositella kihvipotilaille. (Lemström ym. 2004. 53-54.)

Ylläpitoehdossa *prednisolonia* annostellaan 0,2mg / kg / vrk, maksimiannos 15mg, kolmen kuukauden ajan. Sydämensiirtopotilailla annos voidaan vähentää 7,5mg/vrk 3-6 kuukauden kuluttua siirrosta. (Lemström ym. 2004.)

Akuutin rejektion hoitoon pääasiallisesti *kortikosteroidi* joko yksin tai yhdessä *ATG:n* tai *OKT-3:n* kanssa (Lemström ym. 2004). Akuutin rejektion lääkeshoidosta on kerrottu tarkemmin aiemmin.

Hylkimisenestolääkityksen lisäksi postoperatiiviseen lääkehoitoon kuuluu infektioprofylaksia ja muu profylaktinen lääkitys, diureetit ja kipulääkitys (Lemström ym. 2004). Lääkkeitä käytetään tukemaan elimistön omia puolustusmekanismeja ja vähentämään mahdollisia immunosuppressiivisen lääkituksen aiheuttamia sivuvaikutuksia. Tällaisia



lääkkeitä ovat *asetyyilisalisyylihappo*, *valgansikloviiri* tai *asikloviiri*, *famotidiini* ja *sulfametoksatsoli-trimetopriini*, sekä erilaiset verenpainelääkkeet ja rasvalääkkeet. (HUS. 2012.) Näiden lisäksi lääkitykseen lisätään kalkki, magnesium, vatsantoimintaa edistävä lääke sekä osteoporoosiprofylaksia. (Lemström ym. 2004.)

Sydämensiirtopotilaan kotiutuessa elinikäiseksi lääkitykseksi jää Sandimmun®, Cell-cept®, Prednisolon®, Emgesan®, Calcichew-D®, Pravachol® ja Primaspan®. Profylaktisena lääkityksenä kotiutuessa jatkuu määrääjän Pepcidin®, Zovirax® tai Valcyte®, Cotrim forte®, Corsodyl®, Mycostatin®, Plendil® ja Panadol® ja/tai Tramadol®. (Lemström ym. 2004.)

### 3.8 Sydämensiirtopotilaan elämänlaatu leikkauksen jälkeen

Elämänlaatu omana mittarina on tullut keskeiseksi osaksi kirurgisten hoitotulosten arviointia. Myöskin sydämensiirtopotilaiden kohdalla subjektiivisen elämänlaadun kokemus on tullut vähintään yhtä tärkeäksi mittariksi, kuin elinajan piteneminen. Monissa kansainvälisissä sydämensiirtopotilaita koskevissa tutkimuksissa on otettu selkeä yksiselitteinen kanta siitä, että elämänlaadun mittaaminen tulisi ottaa pysyväksi osaksi sydämensiirron tulosten arviointia. (Hämmäinen ym. 2009, 41–42.)

Sydämen vajaatoiminnasta aiheutuvia rajoitteita on esimerkiksi kykenemättömyys nauttia täysipainoisesta elämästä, heikentynyt suorituskyky, mahdolliset liitännäissairaudet ja näistä kaikista yhteisvaikutuksena syntyvät psyykkiset ongelmat. Sydämensiirrosta saatavia hyötyjä, jotka tulevat näkyviin jo kolmen kuukauden kuluttua leikkauksesta, ovat parantunut fyysinen suorituskyky ja positiiviset vaikutukset psyykkiseen hyvinvointiin. Tutkimusten mukaan sydämensiirtopotilaiden myöhäisvaiheen elämänlaatuun vaikuttavat enemmän psykososiaaliset tekijät, kuin itse sydänsairauteen tai hylkimisenestolääkitykseen liittyvät seikat. (Hämmäinen ym. 2009, 41–42.) Tällaisia psykososiaalisia tekijöitä ovat esimerkiksi naimisissa oleminen ja sosiaalinen tukiverkko (Grady, KL., Naftel, DC., Kobashigawa J. ym. 2007).

Vuoden kuluttua sydämensiirrosta elämänlaatuun positiivisesti vaikuttaa komplikatiotien toipuminen, riittäväksi koettu terveydenhuollon informaatio, korkeampi ikä, työllisyys, vähintään kohtalainen fyysinen suorituskyky, hyvä hoitomyöntyvyys lääkityksen

suhteen, optimistisuus tulevaisuudesta ja riittävä psyykinen kapasiteetti käsitellä ja ratkaista ongelmia. Sydämensiirrolla saavutettava parempi elämänlaatu on kestävä tulos. Potilaat jotka ovat elämänlaatuunsa tyytyväisiä viiden vuoden kuluttua siirrosta, ovat siihen tyytyväisiä myös kymmenen vuoden päästä. (Hämmäinen ym. 2009, 41–42.)

Tulosten mukaan mikä tahansa leikkausta seuraavan varhaisvaiheen toipumiseen tai lääkitykseen liittyvä ongelma lisää myöhemmässä vaiheessa sydämensiirtopotilaan psyykkistä stressiä ja heikentää hoitomyöntyvyyttä. On osoitettu, että alkuvaiheen ongelmilla on yhteys 1-3 vuoden seuranta-ajalla heikentyneeseen suorituskyykyyn ja kuolleisuuteen. Tutkimuksen mukaan elämänlaatuun puolen vuoden kuluttua sydämensiirrosta vaikuttaa negatiivisesti siirtoa edeltänyt työttömyys, kolmoislääkitys verrattuna kahdella lääkkeellä toteutettuun hylkimisenestolääkitykseen, sekä sydämensiirtoa edeltänyt sydänsairauden vaikeusaste (NYHA III/IV). (Hämmäinen ym. 2009, 42.) Kaiken kaikkiaan tyytyväisyys sydämensiirron lopputulokseen on hyvin henkilökohtaista ja kiinni kyseisen potilaan lähtötilanteesta.

Krooninen rejektio on vuoden kuluttua siirrosta tärkein yksittäinen potilaan pitkäaikaisennusteeseen vaikuttava tekijä. Rejektio esiintyy sydämensiirtopotilailla diffuusina koronaaritautina, eli epäselvänä sepelvaltimotautina. Kroonisen rejektion tärkein hoitomuoto on sen riskitekijöiden ehkäisy. Riskitekijöitä joihin sydämensiirtopotilas itse ei voi vaikuttaa ovat akuutti rejektio ja iäkäs luovuttaja. Ehkäistäviä riskitekijöitä ovat verenpainetauti, hyperglykemia, tupakointi ja hyperlipidemia. Näiden lisäksi myös sytomegalovirusinfektio, siirteen hapenpuuteaika siirtovaiheessa ja siirteen suonitukoksen laukeamisen lisähuo suurentavat kroonisen rejektion vaaraa. (Lemström ym. 2004.)

Immunosuppressiivisesta lääkityksestä potilaille syntyy myös erilaisia liitännäissairauksia, joista viiden vuoden kuluttua siirrosta esimerkiksi hypertoniaa, eli korkeaa verenpainetta, esiintyy 95 % ja hyperlipidemiaa, eli veren rasva-arvojen nousua, esiintyy 81 % potilaista (taulukko 7). (Lemström ym. 2004.)

Liitännäissairaus	1. vuosi (%)	5. vuosi (%)
Krooninen rejektio	8	33
Hypertonia	72	95
Hyperlipidemia	49	81
Diabetes	24	32
Munuaisten vajaatoiminta	15	18
Maligniteetti	2	10
Osteoporoosi	20	

Taulukko 7. Immunosuppressiivisesta lääkehoidosta aiheutuvien liitännäissairauksien esiintyminen. (Mukaillen Lemström ym. 2004).

Vuoden 2006 lopussa lähetettiin kaikille vuosien 1986–2006 sydämensiirron saaneille suomalaisille aikuisille potilaille elämänlaatukysely. Kyselyssä mitattiin yleisesti koettua subjektiivista elämänlaatua fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn, fyysisen ja tunneperäisen roolin, kipujen ja särkyjen, vireyden, mielenterveyden ja yleisen terveydentilan kautta. Suurin osa kyselyyn vastanneista ylsi samalle tai korkeammalle elämänlaadun tasolle, kuin suomalainen verrokkiväestö. Yhtä hyvät tai paremmat tulokset saavutettiin vähintään 62 % sydämensiirron saaneen kohdalla jokaisella osa-alueella. Merkittävin tulos kyselyssä oli se, että jokainen kyselyyn vastannut oli sydämensiirron lopputulokseen joko erittäin tyytyväinen tai tyytyväinen. Hyvän elämänlaadun taustalla sydämensiirto-potilailla näyttäisi olevan riittävä subjektiivisesti koetun elämänlaadun paraneminen heti leikkauksen jälkeen, riittävä psyykkinen kapasiteetti käsitellä asioita, sekä sosiaalinen verkosto. (Hämmäinen, P. 2009, 42–43.)

## 4 METODISET LÄHTÖKOHDAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuoda esille sydämensiirtopotilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeisestä elämänlaadusta sekä kokemuksia ja toiveita leikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä. Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä valittiin tähän työhön siksi, että sen käyttö auttaa parhaiten antamaan vastauksia opinnäytetyölle asetettuihin kysymyksiin. Sydämensiirtopotilaiden elämänlaadusta ei ole juurikaan tutkittua tietoa, jonka vuoksi laadullinen tutkimusmenetelmä on tarkoituksenmukainen tässä opinnäytetyössä.

### 4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa ei haeta yleispätevää, yleistettävää tietoa, vaan merkityksen antoa tutkittavalle asialle ja subjektiivisia kokemuksia siitä. Laadullisena tutkimuksena voidaan pitää kaikkea, mitä jää jäljelle, kun numeroaineistot ja tilastolliset menetelmät jätetään pois (Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009).

Laadullisen tutkimuksen yksi keskeinen merkitys on sen mahdollisuus lisätä ymmärrystä kyseisestä tutkimusilmiöstä. Hoitotyössä monia ilmiöitä ei voida kuvata pelkästään määrittäen mitattuna tai havainnoimalla, vaan ilmiön ymmärtämiseksi tarvitaan myös ihmisten omia kuvauksia kokemuksistaan. (Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2009.)

Tutkimusprosessi etenee tietyn kaavan mukaisesti ja se voidaan jakaa kahteen vaiheeseen; käsitteelliseen ja empiiriseen. Ensimmäisessä eli käsitteellisessä vaiheessa valitaan tutkimusaihe ja rajataan se, laaditaan kirjallisuuskatsaus, tutustutaan kontekstiin ja laaditaan teoreettinen tausta. Kontekstiin tutustuttaessa selvitetään missä ja miten ilmiötä on aiemmin tutkittu. Tämän jälkeen määritellään tutkimusasetelma, eli otos, konteksti ja menetelmä. Otoksen määrittelyssä mietitään keitä ja kuinka paljon otokseen otetaan mukaan, ja kontekstin määrittely tarkoittaa sitä, että missä aineisto kerätään. Menetelmän valintaan vaikuttaa se miten aineisto kerätään ja onko siihen saatavilla valmiita mittareita. Tutkimusprosessin empiirinen vaihe sisältää aineiston keruun, tallennuksen ja analysoinnin, tulosten tulkinnan ja tulosten raportoinnin. (Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2009.)

Kvalitatiivinen tutkimusprosessi on joustava, sillä siinä voidaan esimerkiksi muuttaa tutkimustehtäviä vielä aineiston keruun jälkeen. Jos kerätyssä aineistossa ilmenee jotain kiinnostavaa tietoa joka ei vastaa ennalta määriteltyihin tutkimustehtäviin, voidaan niitä vielä lisätä ja täsmentää. Tutkimuksen joustavuutta lisää myös se, että tutkimusprosessin vaihteita ei tarvitse laadullisessa tutkimuksessa noudattaa orjallisesti. Esimerkiksi tutkimusaineiston keruu ja aineiston analysointi voivat tapahtua yhtä aikaa, jos menetelmänä on haastattelu tai essee. (Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2009.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen tuloksiin vaikuttaa se, millainen yksilön käsitys ilmiöstä on, millaisia merkityksiä tutkittavalle ilmiölle annetaan ja millaisia välineitä tutkimuksessa käytetään. Tämän perusteella ei siis ole olemassa objektiivista tietoa, vaan, koska tutkija päättää tutkimusasetelmasta oman ymmärryksensä varassa, on kaikki tieto subjektiivista. (Tuomi ym. 2009.)

Tähän opinnäytetyöhön laadullinen tutkimus on valittu siksi, että ollaan kiinnostuneita sydämensiirtopotilaiden elämänlaadusta ja heidän subjektiivisista kokemuksistaan. Sydämensiirtopotilaan elämänlaadusta ei ole Suomessa juurikaan tehty tutkimuksia, eikä siitä ole saatavilla luotettavaa tietoa hoitohenkilökunnan tai potilaiden käyttöön. Tässä opinnäytetyössä laadullisen tutkimuksen aineiston keruu tapahtuu teemahaastatteluilla, jolloin sydämensiirron saaneilta saadaan henkilökohtaista kokemustietoa analysoitavaksi. Teemahaastattelu on erityisen sopiva muoto tähän opinnäytetyöhön, koska sen avulla saadaan tietoa vähemmän tunnetuista ilmiöistä ja asioista (Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006).

## **4.2 Tiedonantajat ja aineiston keruu**

Tämän opinnäytetyön työelämäyhteistyökumppani on sydän- ja keuhkosiirroksia – SYKE ry. SYKE ry on perustettu vuonna 1990 toiminaan sydän-, keuhko- ja sydänkeuhkosiirroksien sekä heidän läheistensä yhdyssiteenä ja etujärjestönä. Yhdistyksen jäsenmäärä syksyllä 2014 oli 600 henkilöä, joista puolet olivat elinsiirron saaneita. (SYKE ry.)

Tässä laadullisessa opinnäytetyössä tiedonantajina toimivat kolme sydämensiirron saanutta potilasta. SYKE ry valitsi yhdistyksen sisältä kolme vapaaehtoista tiedonantajaa.

Tiedonantajat edustivat ikäryhmää 43—74 vuotta, ja molempia sukupuolia. Kaikkia tiedonantajia lähestyttiin sähköpostitse saatekirjeen merkeissä (Liite 1), jossa kerrottiin opinnäytetyön tarkoitus, tehtävät ja tavoitteet. Näiden lisäksi kirjeessä kerrottiin osallistumisen olevan täysin vapaaehtoista ja peruttavissa missä vaiheessa tahansa. Jokaisen haastateltavan kanssa sovittiin henkilökohtaisesti sopiva aika- ja paikka haastattelulle.

Aineiston keruu tapahtui yksilöidyillä teemahaastatteluilla. Yksilöhaastattelut sopivat aineistonkeruumenetelmiksi erityisesti silloin, kun tutkimusaihe on herkkä eikä tiedonantaja eikä halua puhua siitä joukossa (Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2009). Teemahaastattelu sijoittuu muodoltaan lomakehaastattelun ja avoimen haastattelun väli- maastoon. Teemahaastattelussa ei ole tarkoituksena edetä tarkkojen, etukäteen mietittyjen kysymysten kautta, vaan tarkoituksena on kohdentua tiettyihin etukäteen suunniteltuihin teemoihin, mukaillen haastateltavan kertomaa jatkuvasti. Teemahaastattelussa aihepiirit, eli teemat, ovat kaikille haastateltaville samat, vaikka teemojen välillä liikutaan- kin joustavasti jokaisen haastateltavan henkilökohtaisen kertoman mukaan. Ennalta päätetyt teemat pyritään keskustelemaan läpi kaikkien haastateltavien kanssa, mutta heille annetaan tilaa puhua vapaasti, jolloin pystytään huomioimaan heidän merkityksenantonsa ja tulkintansa. (Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006.)

Teemahaastattelu tilanteesta pyritään luomaan keskustelunomainen tilanne, jossa haastateltavasta pyritään saamaan selville tutkijaa kiinnostavat asiat tutkijan aloitteesta ja tutkijan ehdoilla. Teemahaastattelussa ihminen otetaan huomioon sekä toimivana että ajattelevana olentona. Vuorovaikutus korostuu teemahaastattelussa, jolloin tutkija saa mahdollisuuden lähestyä inhimillisen käyttäytymisen ilmiöitä: tietoisuutta, elämyksiä ja aiko- muksia. Näitä ilmiöitä pidetään inhimillisen käyttäytymisen ehkä vaikeimpina ilmiöinä. (Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006.)

Teemahaastattelut toteutettiin tiedonantajien kotona, mahdollisimman vaivattomassa ja tiedonantajalle luontevassa ympäristössä. Haastattelut toteutettiin toukokuun ja heinä- kuun 2015 aikana. Haastattelun aluksi tiedonantajat allekirjoittivat suostumuslomakkeen (Liite 2), jolla hän suostui osallistumaan opinnäytetyön tekemiseen. Haastatteluja varten luotiin teemahaastattelurunko (Liite 3), jossa haastattelu jaettiin kahteen pääteemaan; po- tilaan kokemuksiin elämänlaadusta leikkauksen jälkeen, sekä potilaan kokemuksiin ja toiveisiin leikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä. Näitä teemoja tarkennettiin elämänlaatua kuvaavilla ulottuvuuksilla.

Haastattelut äänitettiin, jonka jälkeen ne pidettiin tallessa salasanalla suojattuna. Ainoastaan opinnäytetyön tekijä on päässyt käsiksi haastatteluaineistoihin. Haastatteluiden kesto vaihteli 45 minuutista 80 minuuttiin. Viikon sisällä haastatteluiden äänittämisestä haastattelut kirjoitettiin auki. Aukikirjoituksen jälkeen äänitetyt haastatteluaineistot hävitettiin. Opinnäytetyön haastatteluiden kesto oli yhteensä 3 tuntia ja 20 minuuttia, joista syntyi auki kirjoitettua aineistoa 22 sivua.

### 4.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Tässä opinnäytetyössä teemahaastatteluiden aineisto analysoidaan käyttämällä sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus. Tässä opinnäytetyössä analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävien mukaisesti. (Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009.)

Sisällönanalyysissa on oleellista, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineistosta syntyvien luokkien tulee olla toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. Tekstin alkuperäiset ilmaukset luokitellaan samaan luokkaan merkityksen perusteella, eli ne merkitsevät samaa asiaa. Sisällönanalyysi on paljon enemmän kuin pelkkä tekniikka; siinä on kysymyksessä aineistossa ilmenevät merkitykset, tarkoitukset ja aikomukset, seuraukset sekä yhteydet. (Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. 23.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa aineisto ensin litteroidaan eli äänitallenteet puhtaaksikirjoitetaan tekstimuotoon. Tämän jälkeen aineisto redusoidaan eli pelkistetään, jolloin aineisto tiivistetään tai pilkotaan osiin. (Miles, MB. & Huberman, AM. 1994, 91-92.) Aineiston pelkistäminen tarkoittaa, että aineistolle esitetään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Aineistosta löytyvät vastaukset eli pelkistetyt ilmaukset kirjataan ylös aineiston termein. (Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. 28.)

Pelkistämisen jälkeen aineisto klusteroidaan, eli käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään alaluokiksi. Tässä vaiheessa etsitään aineistosta yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia, samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan luokkaan ja luokalle annetaan sitä kuvaava nimi.

Tämän jälkeen aineisto abstrahoidaan, eli yhdistetään samansisältöisiä luokkia, joista siten muodostuu yläluokat. Yläluokkia voidaan kuvata myös teoreettisena käsitteistönä. (Miles, MB. & Huberman, AM. 1994, 91-92; Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. 29-29.) Lopuksi arvioidaan sisällönanalyysin luotettavuutta (Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003).

Opinnäytetyön teemahaastatteluiden äänitetyt aineistot litteroitiin, jonka jälkeen ne analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Alkuperäiset ilmaisut pelkistettiin (taulukko 8), mutta samalla otettiin jo alkuperäisistä ilmaisuista ylös paperille sellaisia ilmaisuja, joita opinnäytetyössä haluttiin käyttää suorina lainauksina. Nämä ilmaisut olivat sellaisia jotka kuvasivat haastateltavan kokemuksia erityisen hyvin tai olivat jollakin muulla tavalla erityisiä ja jotka opinnäytetyön tekijä halusi tuoda työssä esille. Pelkistetyt ilmaukset redusoidtiin 151 alaluokaksi, jotka edelleen abstrahoidtiin kuudeksi yläkäsitteeksi. Yläkäsitteiksi muodostui koettu terveys, fyysinen toimintakyky ja roolitoiminta, sosiaalinen toimintakyky, psyykkinen toimintakyky ja roolitoiminta, tarmokkuus ja kivottomuus. Näiden yläkäsitteiden avulla myös kirjoitettiin tulokset auki opinnäytetyöhön.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
Nyt on kyllä tullu enempi niitä kaikkia yhdistyksiä, käy koko ajan jossain	Sosiaalisen kanssakäymisen lisääntyminen
Kyllä mä pystyin metsätyöt tekeen moottorisahan kanssa	Fyysinen jaksaminen parantunut
Paremmin pysyy kyllä virkeänä, nukkumalla menee ohi se väsymys mitä on	Vireystilan paraneminen
Kyllä se on niinkun vähän velvollisuus sitten pitää ittestään huolta	Omasta kunnosta huolehtiminen
Voimat ei oo yhtään hävinny tässä kymmenen vuoden aikana	Voimien ennallaan pysyminen

Taulukko 8. Esimerkki aineiston redusoinnista.



## 5 TULOKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuoda esille sydämensiirtopotilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeisestä elämänlaadusta sekä kokemuksia ja toiveita leikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä. Kokemukset leikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä ja elämänlaadusta esitellään kahdeksan pääluokan avulla. Toiveet leikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä on alkuperäisestä aineistosta myös litteroitu, mutta käsitelty tämän jälkeen avoimena aineistona ja kirjoitettu suoraan opinnäytetyöhön.

### 5.1 Minkälaisia kokemuksia sydämensiirtopotilailla on leikkauksen jälkeisestä elämänlaadusta?

#### 5.1.1 Koettu terveys

Kaikki haastateltavat kokivat terveytensä pääasiallisesti kiitettäväksi sydämensiirron jälkeen. Vaikka sydämensiirtopotilaan elimistön vastustuskyvyn pitäisi olla huonompi kuin muilla ihmisillä, eivät haastateltavat kokeneet olleensa useammin sairaana tai alttiimpia sairauksille.

*Onhan se totta, että on avattu neljä kertaa niin mä en voi verrata itteeni kuitenkaan terveisiin.*

*Mutta ne on ihan eri, niitä ei voi oikeen verrata, vanha ja uus.*

*Ei mulla oikeestaan oo semmosta alttiutta sairauksille ollu, vaikka pitäis kaiken järjen mukaan, kun se vastustuskyky pitäis olla huonompi. Vaimo tulee helpommin kipeeks kun minä.*

Koetun terveyden osa-alueella negatiivisia asioita tuli esille liittyen lääkityksen aiheuttamiin haittavaikutuksiin ja leikkauksen jälkeen ilmenneisiin liitännäissairauksiin.

*Se ripuli, vesiripuli... Mulla oli sitä vuoden ennenku sitten vaihdettiin Sandimmun. Ja sit se vajaatoiminta, en mä nyt liikatoimintaakaan halua mutta mutta se kilpirauhasen vajaatoiminta on niin tylsä, ku sä oot ihan ku zombi.*

### 5.1.2 Fyysinen toimintakyky ja roolitoiminta

Fyysisen toimintakyvyn koettiin parantuneen eniten sydämensiirron jälkeen verrattuna muihin elämänlaadun ulottuvuuksiin. Ne haastateltavat jotka olivat sairastaneet sydämen vajaatoimintaa lapsesta saakka kokivat fyysisen toimintakyvyn alueella suurimpia muutoksia. Kaikki haastateltavat olivat ennen sydämensiirtoa joko pitkällä sairauslomalla tai työkyvyttömyyseläkkeellä. Sydämensiirron jälkeen osa haastateltavista on kyennyt palaamaan työelämään fyysisestikin raskaisiin töihin. Osa haastateltavista oli jaksanut liikua jonkin verran, esimerkiksi kävelylenkkejä, ennen sydämensiirtoa. Nämä henkilöt kokivat fyysisen toimintakyvyn osa-alueella vähemmän muutoksia, kuin ne henkilöt jotka eivät olleet pystyneet liikkumaan ulkona juuri ollenkaan ennen leikkausta. Päivittäisten toimintojen kuten siivouksen, lumitöiden ja muiden tämän kaltaisten töiden suhteen kaikki haastateltavat suoriutuvat niistä paremmin kuin ennen sydämensiirtoa.

*Jaksaminen ei ollu sitten, ei ollu voimia eikä kestävyyttä. Viime hetkeen olin kyllä töissä, että meinannu kotiin enää osata millään työpäivän jälkeen.*

*Koiran lenkitykset oli helpompi tehdä niin että se juoksi auton rinnalla.*

*Sydänsiirron jälkeen niin vaikka aattelee, että mä olin 34-vuotias kun mä sain sen uuden sydämen, niin mä oon vasta sen jälkeen ollu paremmassa kunnossa kun ikinä. Fyysisesti.*

*Mä pystyin sydänsiirrokkaiden SM-kisoissa parantaan sitä aikaa, aattele nyt! En ois ikinä uskonu semmosta, kun just sillon ennen leikkauksia niin enhän mä jaksanu semmosta juoksemista ollenkaan.*

### 5.1.3 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalisen toimintakyvyn ulottuvuuden kokemuksissa sydämensiirron jälkeen oli suuria eroja. Haastateltavat jotka olivat olleet ennen sydämensiirtoa niin huonossa kunnossa, että eivät olleet kyenneet poistumaan kotoa sosiaalisiin tapahtumiin, kokivat tällä osa-alueella suurta parannusta.

*Pidettiin jotain illanistujaisia, nii kyllä mä lähin sinne, mutta en mä jaksanu niin kauheesti mut yritin jotain semmosta. Kyllä se rajotti. Puhelimestakaan ei jaksanu puhua kenenkään kanssa. Pikku hiljaa se huononi niin, että loppuajasta oli pakko todeta, että that's it. Mä istun sohvan nurkassa ja teen palapelejä.*

Taasen ne haastateltavat, joiden sairauden oireet eivät olleet rajoittaneet sosiaalista elämää juuri lainkaan, kokivat sosiaalisen toimintakykynsä samanlaiseksi tai hieman paremmaksi kuin ennen sydämensiirtoa. Sosiaalisen toimintakyvyn paraneminen näillä henkilöillä liittyi lähinnä sydämensiirron jälkeen erilaisiin yhdistyksiin osallistumiseen.

*Juu kyllä mä kävin sosiaalisissa jutuissa, mut se on kyllä pysyny melko samanlaisena. Nyt on kyllä tullu enempi niitä, kun on kaikkia yhdistyksiä, käy koko ajan jossain.*

### 5.1.4 Psykkinen hyvinvointi ja roolitoiminta

Psyykkisen hyvinvoinnin ja roolitoiminnan kokemukset olivat hyvin yksilöllisiä. Osa haastateltavista ei kokenut psyykkisiä muutoksia hyvinvoinnissaan ennen leikkausta juuri lainkaan, kun taas jotkin haastateltavat saivat esimerkiksi ennen sydämensiirtoa masennuslääkkeet. Niillä haastateltavilla jotka eivät tällä osa-alueella kokeneet juurikaan muutoksia ennen leikkausta, oli psyykkisiä huolia lähinnä leikkauksen onnistumisen ja eloonjäämisen suhteen. He eivät myöskään kokeneet suuria muutoksia tällä elämänlaadun osa-alueella kun verrattiin elämänlaatua ennen ja jälkeen leikkauksen. Ne haastateltavat jotka olivat olleet psyykkisesti huonommassa kunnossa ennen leikkausta, kokivat psyykkistä huonovointisuutta jonkin aikaa myös leikkauksen jälkeen. Esimerkiksi psykologin tapauksia ei uskallettu lopettaa tai lopettaminen oli vain hetkellistä.

*Se oli ihan järkyttävää ku ei saanu nukuttua ku ne kortisonit vie multa semmosen. Ihan kokonaan unen.*

*Mulla oli sielä teholla niin, mä luulin, hallusinaatioina tämmöset, mä luulin että hoitajat yrittää tappaa mua.*

*Mä olin silloin vähän masentunu muutamia päiviä, mä en halunnu äitiä enkä isää sinne kattomaan.*

### 5.1.5 Tarmokkuus

Tarmokkuuden osa-alueella haastateltavien elämänlaadun muutokset on hyvin paljon kytöksissä fyysisen hyvinvoinnin ja roolitoiminnan muutoksiin.

*Sillain että ku töistäki tuli kotia nii juuri sai syötyä nii sitten mä nukuin heti pari tuntia. Sitten heräs vähäksi aikaa ja sitten uudestaan nukkuun. Ja nyt pysyy virkeenä. Nukkumalla menee väsymys ohi.*

### 5.1.6 Kivuttomuus

Varsinaisia fyysisiä kipuja ennen leikkausta eikä leikkauksen jälkeen yksikään haastateltava kokenut. Haavakipuja esiintyi kyllä leikkauksen jälkeen, mutta esimerkiksi ennen leikkausta yksikään haastateltavista ei kokenut rintakipua. Kivuttomuuden osa-alueen kokemukset oli kokonaisuudessaan haastateltavilla samanlainen sekä ennen, että jälkeen leikkauksen. Joillakin haastateltavilla kiputilanne leikkauksen ansiosta jopa parantui.

*Varmaan sellasia lihaskipuja on ollut. Mutta ei sydäimestä johtuvia - - . En oo mitään kipulääkkeitä sen jälkeen ottanu. - - jumpassa, sielä kyllä aina kipeytyy. Itseaiheuttettua on se. Ei muuten oo.*

*Hetihän siinä oli kipuja mutta ne hoidetaan lääkkeillä. Sen jälkeen kun mä oon sieltä sairaalasta päässy kotiin niin ei oo ollu kipuja.*

*Mulla oli ennen sydänsiirtoa hirveä migreenitaipumus, ei oo enää. Se jäi siihen.*

## **5.2 Minkälaisia kokemuksia sydämensiirtopotilailla on leikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä?**

Sydämensiirtopotilaiden kokemukset leikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä olivat pääosin positiivisia. Jokainen haastateltava toi kokemuksistaan kertoessaan esille tilanteita, joissa kokivat, etteivät he olleet tulleet kuulluiksi. Potilaat kokivat, että joissain tilanteissa heidän sanomisiinsa ei uskottu, esimerkiksi oireista ja kivuista kerrottaessa. Toisinaan taas potilaat kokivat, että hoitajat eivät halunneet kuunnella heidän huoliaan ja murheitaan.

*Mutta kyllähän se, kun sä oot huonossa kunnossa ja jos joku ei kuuntele-  
kaan sua.*

*Sai vähän tapella että sai lääkkeitä ja semmosen. Mutta sitten, mulla oli  
omat lääkkeet mukana niin sitten se suju.*

Potilaat kokivat saaneensa huonoa hoitoa tilanteissa, joissa he joutuivat puolustamaan omia näkökantojaan ja tiedontarpeitaan. Pääasiallisesti koettiin saaneen tietoa laajasti ja hoitajan omasta toiminnasta lähtöisin olevaa ohjausta. Ajoittain kuitenkin kysymyksiä esitettäessä tai sairaudesta keskustellessa, potilaat kokivat saaneensa tiuskivaa ja hermostunutta ohjausta, tai ohjausta ei saatu lainkaan.

*Yks hoitaja hermostu siihen kun mä varmistelin niitä mun lääkkeitten ottoja.  
Se oli jotenkin ikävää. Ne on semmosia pieniä juttuja, mutta sillä on hirveen  
tärkeä merkitys.*

*Mä inhoon sitä kun mä joudun pitää puoliani eikä kuunnella.*

Kaiken kaikkiaan potilaat kokivat saaneensa hyvää hoitoa sydämensiirtopotilaan hoitopolkunsa aikana. Negatiiviset kokemukset olivat yleensä yksittäisiä ja yksittäisiin hoitajiin liittyviä. Erityisesti hoitajia kiiteltiin asiantuntevasta perehtymisestä potilaan asioihin, ja kiireettömästä hoitotyöstä.

*Kyllä siinä pidettiin kun kukkaa kämmenellä.*

*Vaikka tiesi että niillä on kiire, vaikka iltakierrolla, niin monesti joku jäi juttelemaan jos mulla oli harmitusta tai pelkoo tai mitä tahansa.*

### **5.3 Minkälaisia toiveita sydämensiirtopotilailla on leikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä?**

Varsinaisesti suoria kehitysehdotuksia sydämensiirtopotilaan hoitotyöhön haastateltavat eivät tuoneet esille, vaan kehitysehdotukset nousivat esille lähinnä haastatteluiden sivulauseissa, tahattomasti, omista positiivista ja negatiivisista kokemuksista kertoessa. Jokin haastateltava esitti toiveita siitä, että potilaita kuunneltaisiin ja uskottaisiin paremmin. Sydämensiirtopotilaiden hoitopolku on yleensä pitkä, ja he ovat joutuneet jo kauan kuuntelemaan omaa kehoansa ja siinä tapahtuvia muutoksia, sekä eri lääkkeiden vaikutuksia kehoon. Hoitajien tulisi helpommin uskoa potilaiden kertomista kivuista ja muutoksista voinnissa.

## 6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Opinnäytetyön tekijän tarkoituksena oli tuottaa luotettavaa, hyödynnettävää ja todenmukaista tietoa antava opinnäytetyö, jota voidaan käyttää jatkossa sydämensiirtopotilaiden hoitotyön ja ohjauksen kehittämiseksi. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuoda esille sydämensiirtopotilaiden kokemuksia ja toiveita leikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä ja elämänlaadusta. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää minkälaisia kokemuksia sydämensiirtopotilailla on leikkauksen jälkeisestä elämänlaadusta sekä minkälaisia kokemuksia ja toiveita sydämensiirtopotilailla on leikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä.

Opinnäytetyössäni suurimmaksi haasteeksi koitui teoriaosuuden sydämensiirtopotilaiden elämänlaatua leikkauksen jälkeen käsittelevä asia. Kuten aiemmin tässä työssä on kerrottu, on kyseistä aihetta tutkittu Suomessa hyvin vähän. Tämän vuoksi luotettavaa ja juuri sydämensiirtopotilaisiin fokusoitua lähdemateriaalia oli haastavaa löytää. Toisaalta opinnäytetyössäni taas näkyy oma henkilökohtainen mielenkiintoni lääkehoitoa kohtaan varsin laajana ja perinpohjaisena immunosuppressiivisen lääkehoidon kappaleena.

Kaiken kaikkiaan olen opinnäytetyöhöni melko tyytyväinen. Opinnäytetyöprosessin aikana opin tuntemaan sydämensiirtopotilaiden hoitopolun alusta loppuun asti ja pääsin oppimaan paljon uutta opinnäytetyön teoriaosuutta kirjoittaessani. Opinnäytetyöni aihe käsittelee asiaa jota ei juurikaan ole aiemmin Suomessa tutkittu, joten opinnäytetyö tuotti varmasti uutta tietoa. Henkilökohtaisen elämäntilanteeni vuoksi opinnäytetyöprosessin aikataulutus kärsi verrattuna alkuperäiseen suunnitelmaan enkä yltänyt työssäni sille tasolle jonka alun perin itselleni. Kaikesta tästä huolimatta voin ylpeänä kertoa tämän opinnäytetyön kirjoittaneeni.

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön aineistosta saatiin laajalti vastauksia tutkimustehtäviin. Aineiston perusteella pystyttiin luomaan aiemmin tuloksissa kerrottuja kuvauksia siitä, minkälaisia kokemuksia ja toiveita sydämensiirtopotilailla on leikkauksen jälkeisestä elämänlaadusta ja hoitotyöstä. Elämänlaadun osalta opinnäytetyön haastateltavat osasivat kuvata kertomuksiaan hyvin ja laajalti, vaikka sydämensiirrosta oli kulunut jo kauemmin aikaa. Sen sijaan hoitotyön kokemuksista ja toiveista haastateltavat kokivat olevan hankalampaa kertoa.

”Aika kultaa muistot” sanoi jokainen haastateltava; hoitotyön kokemuksia olisi ollut helpompi muistella ja kertoa niistä heti sydämensiirron jälkeen. Kaikkien haastateltavien sydämensiirtoprosessi leikkauksen jälkeen meni kaiken kaikkiaan hyvin. Täten he kokivat, että nyt pidemmällä aika välillä kun on vointiinsa ja elämäänsä tyytyväinen, on vaikeampi muistaa ennen sydänsiirtoa ja juuri leikkauksen jälkeen olleita hoitotyön huonoja kokemuksia. Tämän vuoksi suoria hoitotyön kehittämis ehdotuksia ei haastatteluissa noussut esille.

Vuonna 2006 sydämensiirtopotilaille lähetetyssä elämänlaatututkimuksessa saatiin selville, että hyvän elämänlaadun taustalla oli muun muassa riittävä koetun elämänlaadun paraneminen heti leikkauksen jälkeen (Hämmäinen ym. 2009). Tämän tutkimuksen valossa ja tämän opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan siis olettaa, että tähän opinnäytetyöhön osallistuneiden sydämensiirtopotilaiden elämänlaatu pysyy hyvänä myös pitkällä aikavälillä. Samassa tutkimuksessa kerrotaan, että 69 % sydämensiirtopotilaista kokee fyysisen toimintakykynsä yhtä hyväksi tai paremmaksi kuin suomalainen verrokkiväestö. Opinnäytetyön tuloksissani nousi myös esille suurimpana muuttujana fyysisen toimintakyvyn parantuminen sydämensiirron jälkeen. Opinnäytetyön haastateltavat kokivat esimerkiksi sosiaalisen toimintakyvyn pysyneen melko samanlaisena, kuin ennen sydämensiirtoa. Myös tämä opinnäytetyöni tulos tukee vuonna 2006 tehtyä sydämensiirtopotilaiden elämänlaatututkimusta; ”sosiaaliseen elämänlaatuun sydämensiirrolla näyttäisi olevan vain vähän vaikutusta (Hämmäinen ym. 2009).

## **6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus**

Tutkimuksen eettisyydestä kertovat aineistonkeruu suunnitelma, tutkimuksen toteutustapa, tutkittavien informointi ja aineiston käsittely. Esimerkiksi tutkittavien informointi on suoritettu tutkimuksessa eettisesti oikein, jos tutkimuksen tiedottamisesta voidaan löytää ainakin seuraavat asiat: tutkijan yhteystiedot, tutkimuksen aihe, aineistonkeruun konkreettinen toteutustapa ja arvioitu ajankulu, kerättävän aineiston käyttötarkoitus, jatkokäyttö ja mahdollinen arkistointi sekä osallistumisen vapaaehtoisuus. (Elo, H. 2013.) Tässä opinnäytetyössä nämä kaikki asiat tuodaan esille saatekirjeessä (liite 1).

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida kolmen kriteerin kautta; sovellettavuuden, totuudellisuuden vahvistettavuuden ja uskottavuuden. Luotettavuus paranee, jos tutkimus



raportoidaan tarkasti ja lukijalle annetaan tutkimuksesta tarpeeksi yksityiskohtainen selvitys. Tarpeeksi yksityiskohtaisessa selvityksessä lukijalle kerrotaan tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat, tutkittavat henkilöt eli aineisto, tutkijan omat ennakko-oletukset kyseiseen aiheeseen sekä aineiston keruu ja analyysi, eli mitä on tapahtunut missäkin vaiheessa tutkimusta. (Willberg, E. 2009.)

Tässä opinnäytetyössä on kerrottu lukijalle yksityiskohtaisesti opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat sekä kuvion muodossa, että tekstinä. Tutkittava aineisto on esitelty työssä siinä mittakaavassa, missä se lukijalle voidaan esitellä rikkomatta kuitenkaan opinnäytetyön tekijän ja haastateltavien välistä salassapitovelvollisuutta. Haastateltavista on kerrottu vain ikähaarukka ja sukupuoli, jotta yksittäistä tiedonantajaa ei työstä pystyisi tunnistamaan. Opinnäytetyön haastateltavien oikeuksista huolehdittiin läpi tutkimusprosessin. Ennen haastatteluita kukin haastateltava sai tiedotteen (liite 1) ja haastattelun yhteydessä kukin allekirjoitti suostumuslomakkeen (liite 2). Tiedonantajat olivat kaikki tietoisia siitä, että opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistumisen voi perua missä tahansa vaiheessa tutkimusprosessia ilman erillistä syytä.

Tutkijan omia ennakko-oletuksia opinnäytetyön lopputulosta kohtaan oli varsin vähän. Opinnäytetyön aiheesta on aiempaa tutkimustyötä Suomessa varsin vähän, joten ennakko-oletuksia tuloksista ei päässyt syntymään aiempiin tutkimuksiin tutustuttaessa. Ennakko-oletuksien puuttuminen vahvistaa opinnäytetyön luotettavuutta. Opinnäytetyön tekijänä ainoat ennakko-oletukseni olivat varsin laajoja; oletin, että haastateltavien elämänlaatu on sydämensiirron myötä parantunut ja haastateltavilla on kehittämis ehdotuksia sydämensiirtopotilaan hoitotyöhön. Aineiston keruusta ja sisällönanalyysistä kerrotaan tässä opinnäytetyössä lukijalle sekä taulukoiden muodossa että tekstinä. Lukijalle ei jää epäselväksi miten ja mistä opinnäytetyön aineisto on kerätty.

Lähteiden löytäminen opinnäytetyöhön oli hyvin vaihtelevaa. Teoreettisista lähtökohdista lähteitä löytyi pääosin hyvin, mutta haasteita tuotti esimerkiksi löytää lähteitä sydämensiirtopotilaan elämänlaatuun leikkauksen jälkeen. Tästä aiheista ei hoitotyön näkökulmasta löydy luotettavia suomalaisia lähteitä, ja ulkomaalaisia lähteitä täytyi käyttää varauksella. Käsitteet ”fyysinen roolitoiminta” ja ”psykykinen roolitoiminta” tuottivat myös hankaluuksia lähteitä etsiessä. Niukkojen lähteiden vuoksi nämä käsitteet yhdistettiin työssä käsitteiksi ”fyysinen toimintakyky ja roolitoiminta” ja ”psykykinen toimintakyky ja roolitoiminta”.

Opinnäytetyöprosessi aloitettiin elokuussa 2014 ja opinnäytetyö valmistui lokakuussa 2015. Opinnäytetyön tekijällä ei ollut aiempaa kokemusta kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän, teemahaastatteluiden tai sisällönanalyysin toteutuksesta. Tämä opinnäytetyö on myös tekijänsä ensimmäinen opinnäytetyö. Nämä tekijän saattavat heikentää opinnäytetyön luotettavuutta jonkin verran. Opinnäytetyön luotettavuutta saattaa heikentää myös se, että opinnäytetyön tekijöitä on vain yksi. Tällöin opinnäytetyön aineistosta ja analysoinnista ei ole voinut keskustella kenenkään toisen kanssa.

### **6.3 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset**

Johtopäätöksenä tämän opinnäytetyön tuloksista voidaan vetää ensimmäisenä se, että sydämensiirtopotilaiden elämänlaatu paranee leikkauksen jälkeen. Myös vuonna 2006 sydämensiirtopotilaille lähetetyn tutkimuksen (Hämmäinen ym. 2009) tulokset tukevat tätä väittämää. Potilaat kokevat muutokset eri elämänlaadun alueilla erilaisina, toiset voimakkaampina kuin toiset. Jatkossa tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan toivottavasti hyödyntää sydämensiirtopotilaiden ohjauksessa. Sairaanhoidajat voivat käyttää tämän työn tuloksia työvälineenä ohjatessaan potilasta ja kertoessaan minkälaista elämänlaatu sydämensiirron jälkeen voi olla. Nyt heillä on käytössään potilaiden omia kokemuksia elämänlaadusta eikä ainoastaan numeraalista tietoa hyljinnöistä tai elinvuosista. Tästä opinnäytetyöstä sairaanhoidajat myös toivottavasti löytävät työvälineitä käytännön hoitotyöhön sydämensiirtopotilaiden kanssa; sekä työn teoriaosuudesta, että tuloksista.

Jatkossa sydämensiirtopotilaiden kokemuksia ja toiveita hoitotyöstä voisi koittaa kerätä melko pian sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Tällöin kaikki on vielä tuoreessa muistissa ja kehitysehdotuksia nousisi varmasti enemmän kuin pitkän ajan kuluttua. Hoitotyön kehitysehdotuksia voisi kerätä myös sydämensiirtopotilaiden omaisilta. Sydämensiirtopotilaiden hoitopolku on pitkä ja läheiset ovat matkalla usein tiiviisti mukana. Potilaan omaiset saattavat kiinnittää hoitotyössä huomiota erilaisiin asioihin tai ylipäättään huomioida asioihin herkemmin, kuin potilaat. Tällöin heiltä pystyisi keräämään arvokasta tietoa hoitotyöstä ja sen kehittämisestä.

## LÄHTEET

Aalto, A-M., Aro, A. R. & Teperi, J. 1999. RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina. Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. Stakes, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 101.

Antman, A-M. 2011. Aivokuollut elinluovuttajana. Suomen lääkärilehti 66(16-17), 1387-1391a.

Elo, Heikki. (toim.) 2013. Tutkimusten eettisessä arvioinnissa sovellettavat ohjeet. Tampere: Tampereen Yliopisto.

Fayers, P.M. & Machin, D. 2000. Quality of life. Assessment, analysis and interpretation. Wiley, Chichester.

Grady, KL., Naftel, DC., Kobashigawa J., Chait, J., Young, JB., Pelegriin, D., Czerr, J., Heroux, A., Higgins, R., Rybarczyk, B., McLeod, M., White-Williams, C. & Kirklin, JK. 2007. Patterns and predictors of quality of life at 5 to 10 years after heart transplantation. J Heart Lung Transplant 26(5), 535–543.

Harjula, A. 2009. Sydänsiirtojen historia. Artikkelit päivitetty 17.12.2009. Viitattu 12.2.2015. [Www.syke-elinsiirrot.fi/index.php?option=com\\_content&view=article&id=79:sydaensiiirtojen-historia&catid=39:artikkelit&Itemid=75](http://www.syke-elinsiirrot.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=79:sydaensiiirtojen-historia&catid=39:artikkelit&Itemid=75).

Hellstedt, M., Yesil, C., Kukkonen, M. & Vuorio, M. 2006. Sydän- ja keuhkosiirtopotilaan kotihoito-ohje. Helsinki: yliopistopaino.

Hilari, K., Byng, S., Lamping, D.L. & Smith, S.C. 2003. Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39). Evaluation of Acceptability, Reliability and Validity. Stroke, 34, 1944-1950. Viitattu 4.2.2015. [Stroke.ahajournals.org/content/34/8/1944.full.pdf](http://stroke.ahajournals.org/content/34/8/1944.full.pdf).

Hippeläinen, Mikko. 2014. Ohitusleikkauksen kulku. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 27.9.2015. [http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p\\_artikkeli=syd00187](http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00187).

Hirsjärvi, S., Remes, S. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Tammi.

Hughes E. 2004. Principles of Post-operative Patient Care. Nursing Standard 19(5), 43-51.

Huhtamies, M. & Relander, J. 1997. Jatkettu elämä – elinsiirtojen historia Suomessa. Helsingin yliopiston historian laitoksen julkaisuja 12 – Helsingin yliopiston kirurgian laitoksen julkaisu. Helsinki: Hakapaino Oy.

Hunt, S.A. 2006. Taking heart - cardiac transplantation past, present, and future. New England Journal of Medicine 355(3), 231–235.

HUS Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2012. Sydänsiirrot. Viitattu 1.12.2014. [Www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/elinsiirrot/Sydansiiirrot/Sivut/default.aspx](http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/elinsiirrot/Sydansiiirrot/Sivut/default.aspx).

HUS Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2014. Elinsiirtotoimisto. Viitattu 4.2.2015. [www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/meilahden-tornisairaala/poliklinikat/elin-siirtotoimisto/Documents/elinsiirrot%201964-2014.pdf](http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/meilahden-tornisairaala/poliklinikat/elin-siirtotoimisto/Documents/elinsiirrot%201964-2014.pdf).

Huusko T., Strandberg T., Pitkälä K. (toim.) 2006. Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata? Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 12. Vanhustyönkeskusliitto: Gummerus.

Hämmäinen, P., Jokinen, J., Yesil, C., Hellstedt, M-L. & Harjula, A. 2009. Millainen elämänlaatu? Sydänääni 20: 3A Teemanumero, 41–44.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Jokinen, J.J., Kukkonen, S., Hämmäinen, P., Lommi, J., Kupari, M., Harjula, A., Sippinen, J. & Lemström, K.B. 2008. Aikuisten sydämensiirrot Suomessa – onko määrää syytä lisätä? Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 124(17), 1953-1961.

Järvelä, K. 2005. Ohitusleikatun potilaan jatkohoito ja seuranta. Päivitetty 30.9.2010. Tampereen yliopistollinen sairaala, Sydänkeskus.

Järvelä, K. 2005. Sydänleikkauspotilaan hoito sydänteho-osastolla. Päivitetty 14.3.2014. Tampereen yliopistollinen sairaala, Sydänkeskus.

Kaarlola, A., Larmila, M., Lundgrèn-Laine, H., Pyykkö, A., Rantalainen, T. & Ritmala-Câstren M. (toim.) 2010. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kettunen, R. 2014. Sydänlihassairaus (kardiomyopatia). Lääkärikirja Duodecim: Kustannus Oy Duodecim.

Kluger MT & Bullock MFM. 2002. Recovery Room incidents: a review of 419 reports from the Anaesthetic Incident Monitoring Study (AIMS). Anaesthesia 57, 1060-1066.

Koskinen P, Nykänen A, Tikkanen J, Sihvola R, Krebs R, Lemström K. 2004. Onko krooninen hyljintä voitettavissa? Duodecim 120, 1401-1409

Laki ihmisen elimien ja kudoksien lääketieteellisestä käytöstä. 2.2.2001/101.

Latvala E, Vanhanen-Nuutinen L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen S, Nikkonen M (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. painos. Juva: WS Bookwell Oy.

Lehtinen, Ann-Mari. 2011. Outreach-toiminta: Tehohoidon jälkeistä seuranta vuodeosastoilla. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Tampereen Yliopisto, lääketieteen laitos. Tampere.

- Lemström, K., Hämmäinen, P., Halme, M., Lommi, J. & Sipponen, J. 2004. Sydän- ja keuhkosiirtopotilaiden lääkehoito ja seuranta. 1.painos. Sydän- ja keuhkosiirtoryhmä, Meilahden sairaala, Helsingin yliopistollinen keskussairaala.
- Lindholm, Harri. 2013. Fyysisen työ- ja toimintakyvyn arviointi. Työterveyslaitos: Hyvinvointia työstä. Viitattu 15.9.2015. [http://www.kuntoutusportti.fi/files/attachments/k\\_paivat\\_2013/41kp\\_lindholm\\_harri.pdf](http://www.kuntoutusportti.fi/files/attachments/k_paivat_2013/41kp_lindholm_harri.pdf).
- Lommi, J. & Kupari, M. 2009. Ovatko sydämensiirron aiheet muuttuneet? Sydänääni 20: 3A Teemanumero, 7.
- Lommi, J., Merenmies, J., Salmenkivi, K. & Kupari, M. 2009. Milloin epäillä akuuttia rejektiota? Sydänääni 20: 3A Teemanumero, 6.
- Lukkarinen, H., Virsiheimo, T., Hiivala, K., Savo, M. & Salomäki, T. 2012. Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle. Hoitotyön tutkimussäätiö.
- Luoma, M-L., Korpilahti, U., Saarni, S., Aalto, A-M., Malmivaara, A., Koskinen, S., Sukula, S., Valkeinen, H. & Sainio, P. 2013. Elämänlaatu ja sen mittaaminen. TOIMIA Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Viitattu 18.5.2015. [http://www.toimia.fi/img/Luoma\\_Toimia\\_seminaari\\_2013.pdf](http://www.toimia.fi/img/Luoma_Toimia_seminaari_2013.pdf).
- Metsävainio, M. 2013. Sosiaalinen toimintakyky – käsiteanalyttinen tutkimus. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden laitos. Pro gradu –tutkielma. Viitattu 18.5.2015. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20130084/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20130084.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130084/urn_nbn_fi_uef-20130084.pdf).
- Miles, MB. & Huberman, AM. 1994. Qualitative data analysis: an expanded source-book. 2. painos. Thousand Oaks: Sage.
- Opetushallitus. 2015. Move! –fyysisen toimintakyvyn seurantajärjestelmä. Viitattu 15.9.2015. [http://www.edu.fi/move/mika\\_on\\_move/mita\\_on\\_fyysinen\\_toimintakyky?](http://www.edu.fi/move/mika_on_move/mita_on_fyysinen_toimintakyky?).
- Rekola, M-L & Ahola, A. 2010. Sydänleikkauspotilaan seuranta vuodeosastolla. Päivitetty 14.1.2015. Tampereen yliopistollinen sairaala, Sydänkeskus.
- Roebuck, A., Furze, G. & Thompson D.R. 2001. Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study. Journal of Advanced Nursing 34(6), 787-794.
- Roine, R. 2007. Terveysteen liittyvä elämänlaatu terveydenhuollon arvioinneissa. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUS. Viitattu 27.9.2015. <https://www.ulapland.fi/loader.aspx?id=90c1bf4c-dea5-424e-ae30-8183299fe4bc>.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto (ylläpitäjä ja tuottaja). Viitattu 14.9.2015. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>.
- Saarelma, O. 2015. Leikkaushaavan tulehdus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 20.9.2015. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00293](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00293).
- Salmela, K., Höckerstedt, K., Salminen, U-S. & Hämmäinen, P. 2004. Elinsiirrot – käypää hoitoa jo 40 vuoden ajan. Duodecim;120:1359–69.

Salonen, M., Rantanen, M-L., Niemi, R. & Ristimäki, P. n.d. Kotiohjeita sepelvaltimo-suonten ohitusleikkauksesta toipuvalle. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

Scandiatransplant. 2015. About scandiatransplant. Viitattu 20.9.2015. <http://www.scandiatransplant.org/about-scandiatransplant/organisation/about-scandiatransplant>.

Sintonen, H. 2013. Terveysteen liittyvän elämänlaadun mittaaminen. Lääkärilehti 68(17), 1261-1267.

Sintonen, H. n.d. 15D instrument. Viitattu 10.10.2015. <http://www.15d-instrument.net/15d>.

Sipponen, J & Nieminen, M. 2009. Sydämensiirto – laboratorion leikkauspöydälle ja nyky aikaan. Sydänääni 20(3A), 3.

Suomen mielenterveysseura. 2014. Ikä ja mielen hyvinvointi. Viitattu 16.9.2015. [http://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials\\_files/ika\\_ja\\_mielen\\_hyvinvointi-esite-uusi-logo.pdf](http://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials_files/ika_ja_mielen_hyvinvointi-esite-uusi-logo.pdf).

Teinilä, E. 2005-2007. Gerontologinen sosiaalityö – erityisesti kotihoidossa ja sen rajapinnoilla. Viitattu 18.5.2015. [www.tampere.fi/tiedostot/5ebd535rj/Hanke-esittely.ppt](http://www.tampere.fi/tiedostot/5ebd535rj/Hanke-esittely.ppt).

THL Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Aikuisten geneeriset elämänlaatumittarit terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa sekä terveys- ja kuntoutuspalvelujen vaikutusten arvioinnissa. Viitattu 13.1.2015. [Www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2013/10/30/Toimia\\_QOL\\_suositus\\_131031.pdf](http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2013/10/30/Toimia_QOL_suositus_131031.pdf).

THL Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 2014a. Koettu terveys. Viitattu 18.5.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eri-arvoisuus/terveys/koettu-terveys>.

THL Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 2014b. RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittari. Viitattu 18.5.2015. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/143/>.

THL Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 2014c. Toimintakyvyn arviointi. Viitattu 18.5.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/palvelujen-jarjestamisprosessi/palvelutarpeen-selvittaminen/toimintakyvyn-arviointi>.

THL Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Sosiaalinen toimintakyky. Viitattu 15.9.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/vaeston-toimintakyky/iakkaiden-toimintakyky/sosiaalinen-toimintakyky>.

TOIMIA. Toiminta. 2014. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Viitattu 10.10.2015. <http://www.toimia.fi/toiminta.html>.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu 9. painos. Helsinki: Tammi.

Työturvallisuuskeskus. n.d. Työstä hyvinvointia. Viitattu 16.9.2015. [http://www.tyoturva.fi/tyoelaman\\_kehittaminen/tyosta\\_hyvinvointia](http://www.tyoturva.fi/tyoelaman_kehittaminen/tyosta_hyvinvointia).

USC University of Southern California. Patient's Guide to Heart Transplant Surgery. Viitattu 14.2.2015. [Www.cts.usc.edu/ht-patientguide.html](http://www.cts.usc.edu/ht-patientguide.html).

Vainio, Anneli. 2009. Akuutti ja krooninen kipu. Duodecim: Terveyskirjasto. Viitattu 16.9.2015. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=kha00005&p\\_teos=kha&p\\_osio=&p\\_selaus=5943](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00005&p_teos=kha&p_osio=&p_selaus=5943).

Vuorio, M. 2012. Elinsiirtopotilaan fysioterapia ja liikunta. Suomen transplantaatiokirurginen yhdistys. Viitattu 20.9.2015. [http://www.transplantaatiokirurgit.fi/koulu-tus/2012-01-26\\_luentolyhennelma.pdf](http://www.transplantaatiokirurgit.fi/koulu-tus/2012-01-26_luentolyhennelma.pdf).

Willberg, E. 2009. Laadullisen aineiston luotettavuus. Jyväskylän Yliopisto, kasvatustieteiden laitos. Jyväskylä. Viitattu 14.2.2015. [Www.jyu.fi/edu/laitokset/eri/opiskelu/opiskelu-info/prosem/laadullinen](http://www.jyu.fi/edu/laitokset/eri/opiskelu/opiskelu-info/prosem/laadullinen).

Yesil, Catharina. 2007. Sydänsiirrosta. Luentomateriaalia. HYKS Elinsiirtotoimisto.

Yli-Mäyry, S. 2014. Sydänkatetrointi. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 20.9.2015. [http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p\\_artikkeli=syd00203#s1](http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00203#s1).

## **KUVALÄHTEET**

Kuva 1. Medmovie.com. Haettu 18.5.2015. [http://medmovie.com/library\\_id/7556/topic/cvml\\_0093a/](http://medmovie.com/library_id/7556/topic/cvml_0093a/).

## LIITTEET

### Liite 1. Saatekirje

#### **Hyvä haastateltava!**

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on tuoda esille sydämensiirtopotilaiden kokemuksia ja toiveita leikkauksen jälkeisestä hoitotyöstä ja elämänlaadusta

Osallistumiseen tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Sydän ja keuhkosiirroksia SYKE ry:stä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla neljää sydämen siirron saanutta henkilöä. Haastateltavien nimet ja yhteystiedot on saatu SYKE ry:n kautta. Haastattelut tehdään yksilöllisesti haastateltavan kanssa yhdessä sovitussa paikassa ja ajankohtana. Haastattelut nauhoitetaan, ja haastatteluun tulisi varata aikaa noin tunti.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijän käytössä. Aineisto säilytetään salasanalla suojattuina tiedostoina.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäisiä vastaajia pysty tunnistamaan. Opinnäytetyö on luettavissa elektronisessa Theseus – tietokannassa, ellei SYKE ry:n kanssa muuta ole sovittu.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni

Jenika Lahti

Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)

Tampereen Ammattikorkeakoulu



## Liite 2. Tietoinen suostumuslomake

### Sydämensiirtopotilas ja elämänlaatu – potilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeen.

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on tuoda esille sydämensiirtopotilaiden kokemuksia ja toiveita leikkauksen jälkeisestä hoidotyöstä ja elämänlaadusta, sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä kysymyksiä tekijälle.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Suostun osallistumaan  
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen vastaanottaja:

\_\_\_\_\_

Haastateltavan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

\_\_\_\_\_

Nimen selvennys

\_\_\_\_\_

Nimen selvennys

### Liite 3. Teemahaastattelurunko

1. Minkälaiseksi koet elämänlaatusi nyt sydämensiirron jälkeen?
  - koettu terveys
  - fyysinen toimintakyky
  - fyysinen roolitoiminta
  - sosiaalinen toimintakyky
  - psyykkinen roolitoiminta
  - psyykkinen hyvinvointi
  - tarmokkuus
  - kivuttomuus
2. Minkälaisia toiveita sinulla on liittyen leikkauksen jälkeiseen hoitotyöhön?